

Vili Varjonen

Huumetilanne Suomessa 2014

RAPORTTI



RAPORTTI 1/2015

Vili Varjonen

Huumetilanne Suomessa 2014



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittaja(t) ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-413-7 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-302-414-4 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-123-5>

Taitto: Anita Pesola, Juvenes Print

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2015



Esipuhe

Huumetilanne Suomessa 2014 on kansallisen huumausaineiden seurantakeskuksen vuosittainen huumeraportti. Raportissa tarkastellaan viimeisintä kehitystä ja tuoreinta tutkimustietoa pääpainon ollessa vuodessa 2013 ja alkuvuodessa 2014.

Huumetilannetta kuvataan lakien, politiikan, käytön, haittojen sekä hoidon ja muiden interventtioiden näkökulmasta. Huumeekysymystä lähestytään niin terveydellisestä, sosiaalisesta kuin rikosoikeudellisesta näkökulmasta.

Raportin valmistelussa ovat olleet apuna ja sen osia ovat asiantuntevasti kommentoineet useat asiantuntijat (liite 1). Lämpimät kiitokset kaikille raportin tekoon osallistuneille. Raportin ovat hyväksyneet sekä THL:n Tieto-osaston painotuotteiden julkaisutoimikunta että kansainvälisen huumausaineyhteistyön työryhmä.

Raportti on saatavana suomenkielisenä ja englanninkielisenä verkkojulkaisuna ja painotuotteena.

Huumetilanne Suomessa 2014 on yksi Euroopan huumausaineiden seurantakeskuksen (EMCDDA) koordinoiman huumetietoverkoston (REITOX) kansallisista vuosiraporteista. Kansalliset raportit noudattavat yhtenäistä rakennetta ja niiden pohjalta tuotetaan EMCDDA:n Euroopan huumeraportti.

Helsingissä, lokakuussa 2014

Vili Varjonen
erikoissuunnittelija

Tiivistelmä

Vili Varjonen HuuMETILANNE Suomessa 2014. Kansallinen huumevuosisraportti EMCDDA:lle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 1/2015. 142 sivua. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-413-7 (painettu); ISBN 978-952-302-414-4 (verkkopainatus)

Tähän raporttiin on koottu uusin huumeita käsittelevä suomalainen tutkimus ja keskeisimmät huumeetilannetta kuvaavat mittarit pääpainon ollessa vuodessa 2013 ja alkuvuodessa 2014.

Yleisesti ottaen huumeaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat ovat pysyneet viime vuosina melko vakaalla tasolla.

Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 17 prosenttia 15–69-vuotiaasta suomalaisista on käyttänyt ainakin kerran elämässään jotain laitonta huumetta. Kokeilut keskittyvät kannabiksen käyttöön. Naisista kannabista oli kokeillut 13 prosenttia ja miehistä 20 prosenttia. Kokeilut painottuivat nuorten 25–34-vuotiaiden aikuisten ikäluokkaan, jossa kokeilijoiden osuus oli 36 prosenttia.

Vuoden 2013 valtakunnallisen kouluterveyskyselyn mukaan laittomia huumeita on ainakin kerran elämässään kokeillut 9 prosenttia peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaista, 13 prosenttia lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista ja 21 prosenttia ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoista.

Opioidien ja amfetamiinien ongelmakäyttöä arvioivan rekisteritutkimuksen mukaan Suomessa oli 18 000–30 000 huumeiden ongelmakäyttäjää vuonna 2012. Amfetamiinien ongelmakäyttäjien määräksi arvioidaan 11 000–18 000 ja opioidien 13 000–15 000 henkilöä. Edellisiin tutkimuksiin verrattuna vaikuttaa siltä, että huumeiden ongelmakäyttäjien määrä on kasvanut Suomessa. Tosin nuoria ongelmakäyttäjii näyttäisi olevan vuonna 2012 vähemmän kuin 2000-luvun alussa. Nyt ongelmakäyttäjistä lähes puolet on 25–34-vuotiaita. Naisia on noin kolmannes.

Päihdehuollon huumeasiakkaiden taustoissa ja elämäntilanteissa ei ole viime vuosina tapahtunut muutoksia. Vuonna 2013 asiakkaat olivat pääosin miehiä (68 %) ja valtaosin 20–34-vuotiaita (63 %). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työssäkäynti ja opiskelu harvinaista (21 %). Päihteiden sekakäyttö oli yleistä. Asiakkaista 62 prosentilla oli ainakin kolme ongelmapäihdettä. Opioidikorvaushoidossa oli vuonna 2011 noin 2400 asiakasta. Huumekuolemien määrä on kasvanut.

Vuonna 2012 Tilastokeskuksen kuolinsyytilaston mukaan huumeisiin kuoli 213 henkilöä, kun vuonna 2011 vastaava luku oli 197.

Avainsanat: huumaavat kipulääkkeet, huumeaineerikokset, huumeet, huumehaitat, huumeiden käyttäjät, huumeepolitiikka, huumeetutkimus, ehkäisevä päihdetyö, julkiset menot, seuraamukset, päihdehaitat, päihdehoito, päihdekulttuuri, päihdekuntoutus, päihdeongelmat, päihdepalvelut, päihdetyö, päihdehuolto

Sammandrag

Vili Varjonen. Huumetilanne Suomessa 2014. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. [Narkotikasituationen i Finland 2014. Nationell årsrapport om narkotikaläget till EMCDDA]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 1/2015. 142 sidor. Helsingfors, Finland 2015.

ISBN 978-952-302-413-7 (tryckt); ISBN 978-952-302-414-4 (nätpublikation)

Denna rapport innefattar den senaste finländska forskningen om narkotika och de viktigaste mätningarna som beskriver narkotikasituationen. Huvudvikten ligger på 2013 och början av 2014.

Generellt sett har användningen av narkotika liksom narkotikaproblemen hållit sig på en rätt stabil nivå under de senaste åren.

Enligt den befolkningsenkät som genomfördes 2010 har 17 procent av finländarna i åldern 15–69 år åtminstone en gång i sitt liv använt någon olaglig drog. Cannabis är den drog som de flesta av dem har prövat på. Av kvinnorna hade 13 procent och av männen 20 procent prövat cannabis. Merparten av de som prövat var unga vuxna i åldern 25–34 år, där 36 procent i åldersgruppen hade prövat någon drog.

Enligt den riksomfattande enkäten Hälsa i skolan 2013 hade 9 procent av eleverna i grundskolan i klasserna 8 och 9, 13 procent av första och andra årets studerande i gymnasierna och 21 procent av första och andra årets studerande vid yrkesläroanstalterna prövat olagliga droger åtminstone en gång i sitt liv.

Enligt en registerstudie som bedömer missbruket av opiater och amfetamin fanns det 18 000–30 000 narkotikamissbrukare i Finland 2012. Antalet amfetaminmissbrukare uppskattas vara 11 000–18 000 och antalet missbrukare av opiater antas uppgå till 13 000–15 000 personer. Jämfört med de tidigare studierna verkar det som om antalet narkotikamissbrukare i Finland har ökat. Dock verkar antalet unga missbrukare 2012 vara färre än i början av 2000-talet. Nu är nästan hälften av missbrukarna i åldersgruppen 25–34 år. Cirka en tredjedel är kvinnor.

Det har inte skett några förändringar när det gäller bakgrund och livssituation för narkotikaklienter i missbrukarvården under de senaste åren. År 2013 var merparten av klienterna män (68 procent) och största delen i åldern 20–34 år (63 procent). Klienternas utbildningsnivå var låg och det var ovanligt att de arbetade eller studerade (21 procent). Blandmissbruk var vanligt. Totalt 62 procent av klienterna missbrukade tre eller flera substanser. Cirka 2 400 klienter fick substitutionsbehandling med opioider 2011.

Antalet drogrelaterade dödsfall har ökat. Enligt Statistikcentralens statistik över dödsorsaker dog 213 personer på grund av droger 2012, medan motsvarande antal var 197 personer 2011.

Nyckelord: smärtstillande droger, narkotikabrott, narkotika, narkotikaskador, drog-användare, narkotikapolitik, narkotikaforskning, förebyggande missbruksarbete, offentliga utgifter, konsekvenser, rusmedelsskador, missbrukarvård, rusmedelskultur, missbrukarrehabilitering, missbruksproblem, missbrukartjänster, missbruksarbete

Abstract

Vili Varjonen. Huumetilanne Suomessa 2014. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. [Finland – Drug Situation 2014]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 1/2015. 142 pages. Helsinki, Finland 2015. ISBN 978-952-302-413-7 (printed); ISBN 978-952-302-414-4 (online publication)

This report is a compilation of the most recent Finnish research on drugs and key indicators of the drug situation in Finland, mainly focusing on 2013 and early 2014.

Generally, drug use and drug-related problems have remained fairly stable in Finland over the past years.

According to the 2010 population survey, 17% of Finns aged 15 to 69 had tried at least one illegal drug at least once in their life. Experimentation principally involved cannabis: 13% of women and 20% of men had experimented with cannabis. There was a heightened incidence of experimentation, 36%, in the young adult age group (aged 25–34).

According to the national school health survey of 2013, 9% of comprehensive school pupils, 13% of first-year and second-year upper secondary school students and 21% of first-year and second-year vocational education students had tried illegal drugs at least once in their life.

According to a register study estimating the problem use of opioids and amphetamines, there were between 18,000 and 30,000 problem drug users in Finland in 2012: between 11,000 and 18,000 problem users of amphetamines and between 13,000 and 15,000 problem users of opioids. Compared with earlier studies, this would seem to indicate an increase in the number of problem drug users in Finland. However, according to the 2012 study there were fewer young problem users than in the early 2000s. In the most recent study, almost half of the problem users were found in the 25 to 34 age group. About one third of all problem users were women.

No changes have occurred in the backgrounds and life situations of drug user clients of substance abuse services in recent years. The majority of drug user clients of substance abuse services in 2013 were men (68%) and aged between 20 and 34 (63%). Their educational attainment was low, and few of them were employed or studying (21%). Polydrug use was very common, and problem use of at least three substances was reported for 62% of clients. In 2011, there were about 2,400 clients in opioid substitution treatment.

The number of annual drug-related deaths has increased. According to the cause of death statistics compiled by Statistics Finland, there were 213 drug-related deaths in 2012, compared with 197 in 2011.

Keywords: intoxicant analgesics, narcotics offences, drugs, drug-related harm, drug users, drugpolicy, drug research, substance abuse prevention, public expenditure, consequences, harmful effects of substance abuse, substance abuse treatment, substance abuse culture, substance abuse rehabilitation, substance abuse problems, substance abuse services, substance abuse work, substance abuse services

Sisällys

Esipuhe	3
Tiivistelmä	5
Sammandrag	6
Abstract	7
1 HUUMAUSAINELAINSÄÄDÄNTÖ JA -POLITIikka	13
1.1 Huumausainelainsäädäntö	13
Huumausaineiden määrittely	13
Huumausainelaki	13
Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö	14
Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö	15
Rikoslaki	17
Seuraamuslainsäädäntö	17
1.2 Huumausainepolitiikka ja sen koordinaatio	18
Huumausainepolitiikan taustaa	18
Nykyinen huumausainepolitiikka	20
1.3 Huumausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät ..	23
1.4 Taloudelliset analyysit	25
Julkiselle sektorille aiheutuneet huumehaittakustannukset	25
Yhteiskunnalliset huumehaittakustannukset	27
2 HUUMEIDEN KOKEILU JA KÄYTTÖ	29
2.1 Huumekokeilut Suomessa	29
2.2 Koululaisten huumeiden käyttö	35
2.3 Opiskelijoiden huumeiden käyttö	38
3 EHKÄISEVÄ HUUMETYÖ	39
3.1 Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa	39
3.2 Ehkäisevä päihdetyö osana nuorisopolitiikkaa ja nuorisotyötä	41
Nuorisotyö ja -politiikka	41
Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa	42
3.3 Valikoiva ehkäisevä päihdetyö	43
Järjestöjen ehkäisevä huumetyö	44
3.4 Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö	46
3.5 Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat	47
4 HUUMEIDEN ONGELMAKÄYTTÖ	48
4.1 Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella	48

4.2	Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan	55
	Huumehoidon tiedonkeruu	56
4.3	Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan	58
	Helsinkiiläiset huumeiden ongelmakäyttäjät.	58
	Huumeiden käyttö liikenteessä.	60
	Yhteiskunnalliset käsityksen huumeiden ongelmakäytöstä.	60
	Huumeiden käytön haitat läheisille	61
5	HUUMEHOITO	63
5.1	Huumehoidon strategia ja hoitojärjestelmät	63
	Hoitopalvelut.	64
	Päihdehuollon avohoito.	64
	Katkaisu- tai vieroitushoito laitoksissa	64
	Kuntouttava laitoshoido	65
	Päihdehuollon kuntouttavat asuinpalvelut	65
	Erikoissairaanhoito huumeasiakkaille.	65
	Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut	65
	Matalan kynnyksen palvelut	66
	Hoitosuosituksat	66
	Opioidiriippuvaisten korvaushoito	67
	Seurantatutkimukset	69
	Tuoret korvaushoitotutkimukset	71
5.2	Huumehoidon asiakaskunta.	73
5.3	Asiakastrendit päihde- ja huumeoidossa	76
	Päihdetapauslaskenta.	76
6	HUUMEISIIN LIITTYVÄT TERVEYSHAITAT.	80
6.1	Huumeisiin liittyvät tartuntataudit	80
	Hiv 81	
	C-hepatiitti	81
	B-hepatiitti	82
	A-hepatiitti	82
6.2	Huumesairaudet terveydenhuollossa	82
6.3	Huumeasainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus	87
	Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumeikuolemista Suomen osalta. . .	91
	Tutkimus huumeisiin liittyvistä kuolemista	92
	Rekisteritutkimus huumerattijuoppojen kuolleisuudesta.	93
7	HUUMEISIIN LIITTYVIEN TERVEYSHAITTOJEN VÄHENTÄMINEN . . .	95
7.1	Huumeasaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen.	96

7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito	98
Tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta Suomessa	99
8 HUUMEISIIN LIITTYVÄT SOSIAALISET HAITAT JA NIIDEN VÄHENTÄMINEN	100
8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeiden käyttö	100
8.2 Sosiaalinen kuntoutus	101
Asunnottomuus ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma.	101
Nuorten yhteiskuntatakuu	102
Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn.	103
Tutkimuksia sosiaalisesta huono-osaisuudesta	103
9 HUUMEISIIN LIITTYVÄ RIKOLLISUUS, SEN TORJUNTA JA HUUMEIDEN KÄYTTÖ VANKILOISSA	105
9.1 Huumeisiin liittyvä rikollisuus	105
Huumausainerikokset	106
Huumausainetuomiot	107
Rattijuopumukset	108
Muut huumeisiin liittyvät rikokset	109
Tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta	109
9.2 Vaihtoehtoiset seuraamukset	110
Hoitoonohjaus ja puhuttelu	110
9.3 Huumeiden käyttö ja päihdetyö vankiloissa.	113
Vankila toimintaympäristönä.	113
Huumeiden käytön laajuuden arviointi	114
Päihdevalvonta osana huumetyötä	115
Rikosseuraamusalan terveydenhuoltoyksikön osallistuminen päihdetyöhön . .	118
Vankeusrangaistuksen aikainen arviointi ja huumekuntoutus	120
9.4 Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen	121
10 HUUMEMARKKINAT	123
10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta	124
Maahantuonti ja huumemarkkinat	125
Huumelääkkeiden salakuljetus.	126
Huumevalmistamot	127
10.2 Huumausainetakavarikot.	127
10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu	130
Liite 1.	132
Lähteet	133

1 Huumausainelainsäädäntö ja -politiikka

Huumausainepolitiikan tavoitteena on huumausaineiden käytön ja levittämisen ehkäiseminen siten, että niiden käytöstä ja torjunnasta aiheutuvat taloudelliset, sosiaaliset ja yksilölliset haitat ja kustannukset jäävät mahdollisimman pieniksi. Yhteiskuntapoliittisilla toimilla, kansallisella lainsäädännöllä ja kansainvälisillä sopimuksilla ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähennetään huumausaineiden aiheuttamia haittoja, pyritään saamaan huumeongelmista kärsivät mahdollisimman varhain hoitoon ja saatetaan laittomaan toimintaan syyllistyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi Suomen huumausainepolitiikkaa, jota eri hallinnonalat yhteistyössä toteuttavat. Ministeriön johtaman huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän tehtävänä on kehittää ja yhteensovittaa valtakunnallista huumausainepolitiikkaa sekä seurata huumausainetilanteen kehitystä. Suomen huumausainepolitiikka perustuu valtioneuvoston periaatepäätökseen huumausainepolitiikasta vuosille 2012–2015 sekä vuonna 1997 hyväksytyyn huumausainestrategiaan. Suomi noudattaa ja toimeenpanee huumausainepolitiikassaan Yhdistyneiden kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia ja päätöksiä sekä EU:n huumestrategiaa ja sen toimenpideohjelmaa vuosille 2013–2020.

Huumausainepolitiikan toteuttamiseen vaikuttavat merkittävästi sille suunnatut resurssit.

1.1 Huumausainelainsäädäntö

Huumausaineiden määrittely

Huumausaineita ovat aineet ja valmisteet, jotka luetellaan asetuksessa huumausaineina pidettävistä aineista, valmisteista ja kasveista (543/2008). Asetus perustuu YK:n huumausaineyleissopimukseen (SopS 44/1994) ja psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimukseen (SopS 23/1967). Asetuksessa luetellaan myös aineet, joiden valvontaan ottamisesta on päätetty uusia psykoaktiivisia aineita koskevasta tietojenvaihdosta, riskienarvioinnista ja valvonnasta annetun Euroopan unionin neuvoston päätöksen 2005/387/YOS mukaisesti¹ sekä kansallisesti huumausaineeksi luokitellut aineet.

Huumausainelaki

Vuoden 2008 syyskuussa voimaan astuneen huumausainelain (373/2008)² mukaan huumausaineen tuotanto, valmistus, tuonti, vienti, kuljetus, kauttakuljetus, jakelu,

¹ 4-MTA, PMMA, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, TMA-2, 1-bentsyylipiperatsiini (BZP) ja mefedroni.

² Ks. huumausainelain viimeaikaiset muutokset kappaleesta 1.1.

kauppa, käsittely, hallussapito ja käyttö on kielletty. Kiellosta voidaan kuitenkin poiketa lääkinnällisissä, tutkimuksellisissa ja valvonnallisissa tarkoituksissa.

Huumausainelain säädösten rikkomisen seuraamukset jaetaan teon vakavuuden perusteella hallinnollisiin pakkotoimiin, huumausainelakirikkomukseen ja huumausainerikokseen. Hallinnollisia pakkotoimia voivat olla muun muassa toimenpidekiellot tai niiden tehostamiseksi määrätty uhkasakot. Huumausainelakirikkomuksen mukaan rangaistavat teot ovat esimerkiksi tahalliset, huumausainelain velvollisuuksien laiminlyönnit. Jollei teosta muualla laissa säädetä ankarampaa rangaistusta, huumausainelakirikkomuksesta voidaan tuomita sakkoon. Huumausainerikoksista säädetään erikseen rikoslain (138/1889) 50. luvussa.

Huumausainelain mukaan huumausaineita ja huumausaineiden lähtöaineita koskevana toimivaltaisena lupa- ja valvontaviranomaisena toimii Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea. Lupa vaaditaan valmistus- sekä tuonti- ja vientilupien lisäksi huumausaineiden käsittelylle, ellei sitä ole laissa erikseen sallittu, kuten esimerkiksi on useille terveydenhuollon toimijoille. Asetuksessa huumausaineiden valvonnasta (548/2008) säädetään tarkemmin huumausainelain mukaisista luvista, luvanvaraisesta toiminnasta ja sen valvonnasta. Huumausaineiden lähtöaineiden kauppaa ja käsittelyä säännellään tarkemmin EU-asetuksilla³.

Ehkäisevää työtä koskeva lainsäädäntö

Huumausaineiden käyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja pyritään ehkäisemään, hoitamaan ja valvomaan myös usean muun lainsäädännön avulla. Raittiustyölaissa (828/1982) säädetään ehkäisevästä päihdetyöstä. Siinä raittiustyön tarkoituksiksi määritellään kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihdeiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittius- ja kansanterveysjärjestöt. Lain mukaan kunnissa tulee olla toimielin, joka vastaa raittiustyöstä. Toimielimen on tehtävä yhteistyötä erityisesti terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa. Raittiustyöasetus (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. Raittiustyölaki ollaan uudistamassa tavoitteena voimaantulo vuonna 2015. Lain uudistamistyössä tullaan huomiomaan entistä vahvemmin päihdehaittojen ehkäisy paikallisesti.

Lastensuojelulain (417/2007) tarkoituksena on turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun. Lapsen hoidon ja tuen tarve on selvitettävä ja lapselle on turvattava riittävä hoito ja tuki, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä täysipainoisesti huolehtia

³ (EY) N:ot 273/2004 ja 111/2005 sekä niiden muutosasetukset ja toimeenpanoasetus (EY) N:o 1277/2005.

lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen. Vuoden 2010 maaliskuussa tuli voimaan lastensuojelulain muutos, joka sisältää säännöksen ennakollisen lastensuojeluilmoituksen tekemisestä. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus on tehtävä tilanteissa, joissa on perusteltua syytä epäillä, että syntyvä lapsi tulee tarvitsemaan lastensuojelun tukitoimia välittömästi syntymänsä jälkeen. Ennakollinen lastensuojeluilmoitus tulee siis tehdä tilanteissa, joissa ilmoittajalla on varmaa tietoa esimerkiksi tulevan äidin tai isän päihdeongelmasta, vakavasta mielenterveyden häiriöstä tai vapausrangaistuksesta. Pelkkä päihteidenkäytön epäily ei riitä ennakollisen ilmoituksen tekemiseen.

Oppilas- ja opiskelijahuollon keskeiset periaatteet ja opetustoimeen kuuluvat tavoitteet on määritelty eri opetusasteiden opetussuunnitelmien perusteissa. Koululaeissa (477–479/2003) opetuksen ja koulutuksen järjestäjät on velvoitettu yhteistyössä sosiaali- ja terveysviranomaisien kanssa soveltamaan näitä paikallisiin opetussuunnitelmiin muun muassa päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

Valtioneuvoston asetuksella neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) säädetään terveystarkastuksista neuvoloissa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Asetuksen mukaan riittävillä ja säännöllisillä terveystarkastuksilla ja terveysneuvonnalla halutaan tehostaa varhaista tukea ja ehkäistä syrjäytymistä. Terveysneuvonnan tavoitteena on myös päihteidenkäytön ehkäisy psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Asetuksessa säädetään, että neuvoloissa otetaan kouluterveydenhuollon tapaan käyttöön laajat terveystarkastukset, joihin osallistuu koko perhe. Peruskoulun kahdeksaslukulaisten terveystarkastuksen yhteydessä puolestaan nostetaan esiin mahdollisen päihdeongelman varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus.

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) mahdollistaa huumausainetestien tekemisen työpaikoilla. Testin edellytyksenä on, että työnantajalla on olemassa kirjallinen päihdeohjelma, jonka tulee sisältää työpaikan yleiset tavoitteet ja noudatettavat käytännöt päihteiden käytön ehkäisemiseksi ja päihdeongelmaisten hoitoon ohjaamiseksi. Yksityisyyden suojasta työelämässä annettu laki (759/2004) sääntelee työnantajien oikeuksia ja niiden rajoitteita työntekijöiltä vaadittavien huumausainetestien osalta. Huumevalvonta on perusteltua toimialoilla, joilla on lakiin perustuvia erityissääntöjä. Sääntöjä on esimerkiksi asevelvollisuuslaissa (1438/2007), ilmailulaissa (1194/2009) ja rautatiejärjestelmän liikenneturvallisuustehtävistä annetussa laissa (1664/2009). Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut ohjeet huumausainetestauksesta työelämässä. (STM 2006).

Palveluja ja haittojen vähentämistä koskeva lainsäädäntö

Perustuslain (731/1999) mukaan jokaisella on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon, jos hän ei itse kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa.

Huumeiden käyttäjien hoitoa säännellään päihdehuoltolaissa (41/1986). Sen mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palveluja on

järjestettävä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kehittämällä sekä antamalla erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettuja palveluja. Palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia.

Sosiaalihuoltolaissa (710/1982) velvoitetaan kunnat järjestämään sosiaalipalvelut, mukaan lukien päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huoltoon kuuluvat palvelut.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 28 §:ssä säädetään terveydenhuollon päihdetyöstä. Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen päihdetyö, jonka tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihdetömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihdetyöhön kuuluu päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut. Terveydenhuollossa tehtävä päihdetyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän päihdetyön ja mielenterveystyön kanssa.

Päihdehuoltolaissa (41/1986) ja mielenterveyslaissa (1116/1990) on tällä hetkellä mahdollisuus tahdonvastaiseen hoitoon. Päihdehuoltolain 11 § mahdollistaa tahdosta riippumattoman hoidon terveysvaaran perusteella, mutta tätä sovelletaan käytännössä erittäin vähän. Päihdeongelmaisiin käytetään kuitenkin runsaasti tahdosta riippumattomia keinoja mielenterveyslain (1116/1990) perusteella.

Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitoja säätelevässä asetuksessa (33/2008) painotetaan, että vain vaativat korvaushoitotapaukset hoidetaan erikoissairaanhoidossa ja että muulta osin hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa. Buprenorfinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita saa määrätä opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa ainoastaan toimintayksikön palveluksessa oleva toiminnasta vastaava lääkäri tai hänen tähän tehtävään osoittamansa lääkäri.⁴ Asetus mahdollistaa buprenorfinia ja naloksonia sisältävän yhdistelmävalmisteen toimittamisen myös apteekista potilaan allekirjoittaman apteekkisopimuksen perusteella. Apteekkisopimuksella tarkoitetaan sopimusta, jolla potilas sitoutuu siihen, että hän noutaa sopimuksen mukaiset lääkkeet vain yhdestä apteekista ja siihen, että apteekki voi välittää hoitoa koskevaa tietoa häntä hoitavalle lääkärille ja tiedon apteekkisopimuksesta muille apteekkeille.

Lääkkeen määräämisestä annetun asetuksen (1088/2010) nojalla voidaan myös kannabispohjaista lääkettä määrätä lähinnä kivun hoitoon tietyissä tapauksissa, jos siihen on erityiset hoidolliset perusteet. Tämä koskee lääkelain pysyvien lupamääräyskäytännön ulkopuolisten erityislupavalmisteiden määräämistä lääkekäyttöön. Yksi erityislupavalmisteen määräämisen edellytyksistä on, ettei potilaan hoitoon ole käytävissä muuta hoitoa tai että tällaisella hoidolla ei ole saavutettavissa toivottua tulosta. Erityislupa voidaan myöntää potilaskohtaisesti ja korkeintaan vuodeksi kerrallaan.

Tartuntatautiasetuksessa (786/1986) edellytetään, että tartuntatautien vastustamistyöstä vastaavan kunnallisen toimielimen tulee huolehtia tartuntatautien vastustamistyöstä

4 Lääkehoito saadaan toteuttaa ja lääke luovuttaa potilaalle otettavaksi vain toimintayksikön valvonnassa. Jos potilas sitoutuu hoitoon hyvin, hänelle voidaan luovuttaa toimintayksiköstä enintään kahdeksaa (poikkeustapauksissa 15) vuorokausiannosta vastaava määrä lääkettä.

mukaan lukien suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonta ja tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukainen käyttövälineiden vaihtaminen. Lisäksi yleisen rokotusohjelman osana asetuksessa rokotuksista ja tartuntatautien raskaudenaikaisesta seulonnasta (421/2004) suositellaan maksuttomia hepatiitti A- ja B-rokotuksia ruiskuhuumeiden käyttäjille, heidän seksikumppaneilleen ja samassa taloudessa asuville henkilöille.

Rikoslaki

Huumausainerikoksista määrätään rikoslain (1889/39) 50. luvussa, jonka muutoksella (1304/1993) huumausainerikokset jaetaan huumausainerikokseen, sen valmisteluun tai sen edistämiseen (maksimirangaistus 2 vuotta vankeutta) sekä törkeään huumausainerikokseen (vankeustuomio 1–10 vuotta). Vuonna 2001 tuli voimaan rikoslain muutos (654/2001), jossa määriteltiin huumausaineen käyttörikos (maksimirangaistus puoli vuotta vankeutta). Vuonna 2006 myös huumausainerikoksen valmistelun tai edistämisen yritys määriteltiin rangaistavaksi (928/2006).

Rikoslain mukaan huumausaineen käyttörikos on mahdollista käsitellä rangaistusmääräysmenettelyssä (692/1993). Menettelyä käytetään tapauksissa, joissa voidaan määrätä sakko tai enintään kuusi kuukautta vankeutta. Rangaistusvaatimuksen antaa poliisimies, tullimies tai muu laissa säädettyä valvontaa suorittava virkamies omasta aloitteestaan tai syyttäjän puolesta. Rikoslain muutoksella (578/2008) päätettiin, ettei rangaistusmääräysmenettelyssä annettua sakkorangaistusta muunneta vankeudeksi. Käytännössä tämä tarkoittaa, että poliisin tai syyttäjän rangaistusvaatimusmenettelyssä antamia sakkoja myöskään huumausaineen käyttörikoksesta ei enää voi muuntaa vankeudeksi. Syyttämättäjäättämispäätös käyttörikoksesta voidaan tehdä, mikäli tekijä hakeutuu hoitoon tai mikäli alle 18-vuotiaalle on järjestetty puhuttelu. (Kainulainen 2009.)⁵

Rikoslain (1889/39) 23. luku koskee liikennejuopumusta. Siinä säädetään myös huumausaineista. Vuodesta 2003 lähtien huumausaineiden tai huumausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden käytölle ilman reseptiä tieliikenteessä on ollut nollatoleranssi.

Lisäksi laittomien huumeiden valvonnasta säädetään pakkokeinolaissa (450/1987). Siinä esitetään muun muassa ehdot telekuuntelulle, televalvonnalle ja tekniselle tarkkailulle. Poliisilaissa (493/1995) säädetään tarkemmin peitetoiminnan ja valeostojen sekä muiden merkittävien tiedonhankintamenetelmien toteuttamisesta, jotka liittyvät vakavan ja järjestäytyneen rikollisuuden (mm. huumausainerikollisuuden) estämiseen, paljastamiseen ja selvittämisen.

Seuraamuslainsäädäntö

Vankeuslaki (686/2005) säätelee huumausaineita koskevaa vankilavalvontaa sekä vankiloissa toteutettavaa ehkäisevää ja hoitavaa huumetyötä. Lain mukaan suljetulla osastolla vankeusvangille on varattava mahdollisuus asua osastolla (sopimusosasto), jolla vangit sitoutuvat päihitteettömyyden valvontaan ja osastolla järjestettävään toimintaan.

5 Ks. myös alaluku 9.2 vaihtoehtoiset seuraamukset.

Vanki, jolla on päihdeongelma, voidaan myös sijoittaa määrääjäksi vankilan ulkopuoliseen laitokseen, jossa hän osallistuu päihdehuoltoon tai hänen selviytymismahdollisuuksiinsa parantavaan toimintaan, jos vanki ei käytä päihteitä ja sitoutuu noudattamaan liikkumista koskevia ehtoja.

1.2 Huumausainepolitiikka ja sen koordinaatio

Suomen huumausainepolitiikka perustuu yleisiin yhteiskuntapoliittisiin toimiin, kansalliseen lainsäädäntöön ja kansainvälisiin sopimuksiin, joilla kaikilla ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähennetään huumausaineiden aiheuttamia haittoja sekä pyritään saattamaan huumeongelmista kärsivät mahdollisimman varhain hoitoon sekä laittomaan toimintaan syyllystyneet rikosoikeudelliseen vastuuseen. Huumausainepolitiikan peruslinja ei ole merkittävästi muuttunut viime vuosina. Valvontaa on kuitenkin kiristetty muuntohuumeisiin liittyvän lainsäädännön myötä. Suomi noudattaa ja toimeenpanee huumausainepolitiikassaan Yhdistyneiden Kansakuntien huumausaineiden vastaisia sopimuksia sekä Euroopan unionin huumausainestrategiaa vuosille 2013–2020.

Huumausaineiden vastaisessa työssä otetaan lisäksi huomioon hallituksen (myös aiempien hallitusten voimassa olevissa) eri ohjelmissa sovittavat toimenpiteet sekä muun muassa sisäisen turvallisuuden ohjelmassa määritellyt keinot.

Huumausainepolitiikan koordinaatiovastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Koordinaatiolla sovitaan yhteen kansallisia huumausainepolitiikkaan liittyviä toimenpiteitä. Huumeipolitiikan koordinaation kannalta tärkein yhteistyöelin on sosiaali- ja terveysministeriön johtama kansallinen huumausainepoliittinen koordinaatioryhmä, johon kukin hallinnonala tuo keskusteltavaksi yleistä huumausainepoliittista merkitystä sisältävät valmistelussa olevat asiat. Ryhmässä ovat edustettuina sisäasiainministeriö, Poliisihallitus, oikeusministeriö, Valtakunnansyyttäjänvirasto, valtiovarainministeriö, Tulli, opetus- ja kulttuuriministeriö, Opetushallitus, ulkoasiainministeriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus Fimea. Koordinaatioryhmä käsittelee muun muassa lainsäädäntömuutoksia ja uusia tutkimustuloksia ja tekee aloitteita uusista toimenpiteistä. Koordinaatioryhmä raportoi valtioneuvostolle huumausainetilanteesta ja uusista toimenpiteistä säännöllisesti.

Huumausainepolitiikan taustaa

Ensimmäinen kansallinen huumausainestrategia valmistui Suomessa vuonna 1997. Strategian tavoitteena oli pysäyttää huumausaineiden käytön ja huumausainerikollisuuden kasvu. Strategian pohjalta on tehty valtioneuvoston periaatepäätöksiä vuosina 1998, 2000, 2004, 2008 ja 2012.

Ensimmäisen kansallisen huumausainekomitean työtä käsittelevän Tuukka Tammen (2007) väitöskirjan mukaan vastakkain komiteassa oli kaksi näkemystä huumeasioiden määrittelystä. Poliisiviranomaiset ajoivat huumeista vapaata yhteiskuntaa ja tiukempaa kontrollia. Sosiaali- ja terveyssektorin sekä oikeuspoliittisten toimijoiden muodostama

allianssi kannatti haittojen vähentämisen politiikkaa. Haittojen vähentämisen yleinen tavoite ei perustunut vain huoleen kansanterveydestä. Käsitteen ideologiset juuret juontavat 1960–70-luvuilta lähteneeseen rationaalisen ja humanin kriminaalipolitiikan traditioon, jonka mukaan kriminaali- ja sosiaalipolitiikka tähtää ensisijaisesti sosiaalisten haittojen minimointiin. (Tammi 2007.)

Tutkimuksen mukaan haittojen vähentäminen ei kuitenkaan ole uhannut huumeiden kieltolakipolitiikkaa, vaan on muodostunut sen osaksi. Haittojen vähentämistä on toteutettu perustamalla ruiskujen ja neulojen vaihtopisteitä (huumeiden käyttäjien terveysneuvontapisteitä) ja laajentamalla opioidikorvaushoitoa. Tämä on merkinnyt erikoistuneiden, lääketieteeseen pohjautuvien palvelujen syntyä ja lääkärikunnan lisääntyntä panosta huumeongelmien hoidossa. Samanaikaisesti huumeiden käytön rikosoikeudellinen kontrolli on tehostunut. Haittojen vähentäminen ei näin ole merkinnyt siirtymää liberaalimpaan huumepolitiikkaan, eikä se ole heikentänyt perinteistä huumeiden totaalikieltoon perustuvaa politiikkaa. Sen sijaan haittojen vähentäminen yhdistyneenä rankaisevaan kieltolakipolitiikkaan muodostaa Suomessa vallalla olevan kahden raiteen huumepoliittisen paradigman. (Tammi 2007.)

Vuonna 2008 hyväksytty Aarne Kinnusen väitöskirjatutkimus⁶ arvioi, että sosiaali- ja terveystieteellisistä painotuksista huolimatta suomalainen huumepolitiikka hyödyntää edelleen rikosoikeusjärjestelmää. Suomessa huumerikoksista tuomitaan ankarammin kuin muista rikoksista. Huumeiden käytön kriminalisointi ja sakotuskäytännön kiristyminen osoittavat, että huumeiden käyttöön suhtaudutaan moralistisemmin ja kielteisemmin kuin muiden päihteiden käyttöön tai muuhun henkilökohtaiseen riskikäyttäytymiseen. Lisäksi rikoskontrolli kohdistuu huonossa sosioekonomisessa asemassa oleviin henkilöihin. (Kinnunen 2008.)

Samantapaiseen johtopäätökseen tuli Heini Kainulainen väitöskirjassaan. Hänen mukaansa viime vuosina rikosoikeudellisessa seuraamusjärjestelmässä⁷ on kiinnitetty

6 Tutkimus käsittelee huumemarkkinoiden ja -rikollisuuden kehitystä 1990-luvun puolivälin jälkeen, huumausainerikoksiin syyllistyneiden rikosuraa ja sosioekonomista asemaa sekä huumausainerikotsongelman viranomaiskontrollilla. Tutkimus perustuu tilastollisiin aineistoihin, poliisityön havainnointiin, viranomaisten ja huumemarkkinoilla toimivien haastatteluihin sekä viranomaisdokumentteihin. Tutkimuksen mukaan aikaa 1990-luvun puolivälin jälkeen on leimannut sekä huumeiden käytön yleistyminen ja huumeongelmien vakavoituminen että huumekontrollin tiivistyminen. Tänä aikana huumeongelmien ehkäisy nousi viranomaistoiminnan keskiöön ja resursseja huumeiden vastaiseen toimintaan lisättiin. Rikosoikeudellista kontrollia vahvistettiin ja huumeorjunta nousi poliisin ja tullin toimintastrategioiden kärkikohteiksi. Huumerikollisuuden ehkäisy ja paljastaminen otettiin osaksi poliisin valvontatoimintaa koko maassa. Tämä näkyi selvänä rikostilastojen kasvuna. (Kinnunen 2008.)

7 Vuonna 2001 voimaan tullessa huumausaineen käyttörikosuudistuksessa poliisi sai mahdollisuuden sakottaa huumeiden käyttäjiä rangaistusmääräysmenettelyssä, ja samalla korostettiin rangaistukselle vaihtoehtoisten seuraamusten käyttämistä. Alaikäiset on sakottamisen sijasta puhuteltava ja hoidon tarpeessa olevat ongelmakäyttäjät on ohjattava hoitoon. Käytännössä huumausaineen käyttörikosuudistus 2000-luvun alussa johti kuitenkin huumeiden käyttäjien sakottamisen voimakkaaseen lisääntymiseen rangaistusmääräysmenettelyssä. Koska jälkimmäisessä tapauksessa syyttämättä jättämiselle on vähemmän edellytyksiä, käytäntö johti myös syyttämättä jättämisen vähenemiseen sekä välillisesti seuraamusikäytännön uudelleen kiristymiseen. Huumausaineen käyttörikosuudistuksessa tavoiteltu huumeiden ongelmakäyttäjien hoitoon hakeutumisen tehostaminen ei käytännössä ole onnistunut, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutuneista on edelleen hyvin harvinaista. (Kainulainen 2009.)

enenevästi huomiota rikoksentehtäjiin, mikä ilmenee erityisesti päihdeongelmaisilla rikoksentehtäjiillä. Esimerkiksi toimenpiteistä luopuminen on yhä hyvin harvinainen seuraamus vaikka sille olisi erityistä tarvetta huumausainerikoksissa. Poliisi on perinteisesti ollut varsin haluton soveltamaan tätä säännöstä, sillä se on pitänyt tärkeänä huumeiden käyttäjien toimintaan puuttumista. Myös syyttäjä oli pitkään tällä linjalla. (Kainulainen 2009.)

Suomalaisessa kriminaalipoliittisessa ajattelussa on perinteisesti pidetty tärkeänä asettaa inhimillisesti tärkeitä ja sosiaalisesti oikeudenmukaisia arvoja etusijalle ja vahvistaa rikoksia ehkäiseviä toimia. Rangaistuksen rooli on nähty toissijaisena. Huume-politiikassa rikosoikeus on kuitenkin säilynyt keskeisenä siitä huolimatta, että haittojen vähentämisen politiikka on saanut jalansijaa ja hyvinvointiyhteiskunta on kyennyt tuottamaan kasvavan määrän hoitopalveluja ongelmakäyttäjille. (Kinnunen 2008.)

Nykyinen huumausainepolitiikka

Suomeen nimettiin uusi hallitus kesäkuussa 2011. Nykyisessä hallitusohjelmassa on sitouduttu

- tehostamaan toimia koko väestön sekä erityisesti lasten ja nuorten suojelemiseksi alkoholin, tupakan, huumausaineiden ja rahapeliongelmiin aiheuttamilta haitoilta,
 - tekemään toimenpideohjelma huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi,
 - arvioimaan huumausainelainsäädännön kehittämistarpeet,
 - lisäämään huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluja, terveysneuvontaa ja etsivää työtä,
 - tehostamaan poliisin tekemää hoitoonohjausta ja
 - lisäämään mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon vankeuden aikana.
- (Valtioneuvosto 2011a.)

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainehjelmasta huumausaineiden käytön ja sen aiheuttamien haittojen ehkäisemiseksi hyväksyttiin elokuussa 2012. Toimenpideohjelmassa on viisi osa-aluetta: 1) Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen, 2) Huumausainerikollisuuden torjunta, 3) Huumausainehaittojen ehkäisy ja hoito, 4) EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö ja 5) Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus. (STM 2012a.)

1. Ehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen

Ehkäisevä päihdetyö kuuluu raittiustyölain (828/1982) mukaan kunnille. Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, nuorisotyössä, kouluissa, oppilaitoksissa, seurakunnissa ja järjestöissä. Hallinnonalojen välinen yhteistyö ja paikallistason viranomaisyhteistyö on oleellista huumehaittojen ehkäisemisessä. Ehkäisevän päihdetyön laatua ja työmenetelmiä kehitetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa

sekä järjestöissä ja kunnissa. Ehkäisevän päihdetyön lainsäädännön kehittämistä jatketaan tavoitteena voimaantulo vuonna 2015.

Myös nuorisolaki (72/2006) edellyttää paikallisten viranomaisten monialaisen yhteistyön yleistä suunnittelua ja toimeenpanon kehittämistä. Tätä varten kunnassa on oltava nuorten ohjaus- ja palveluverkosto, johon kuuluvat opetus-, sosiaali- ja terveys- ja nuorisotoimen sekä työ- ja poliisihallinnon edustajat. Verkosto toimii vuorovaikutuksessa nuorten palveluja tuottavien yhteisöjen kanssa.

Hallituskauden tavoitteena on

- vahvistaa nuorten osallistumista nuorten ehkäisevän päihdetyön päätöksentekoon ja toteutukseen,
- selkeyttää ehkäisevän työn työnjakoa ja rakenteita,
- tukea kouluissa ja oppilas- ja opiskelijahuollossa tehtävää ehkäisevää päihdetyötä,
- tiivistää poliisin ja muiden viranomaistahojen yhteistyötä paikallistasolla,
- puuttua varhain nuorten päihdeongelmaisten rikoksiin ja
- lisätä syyttäjävetoisia alaikäisten ensikertalaisten puhutteluja.

2. Huumausainerikollisuuden torjunta

Rikostorjunnan tavoitteena on lisätä kiinnijäämisriskiä Suomessa tehdyissä törkeissä ja levittämistyyppisissä huumausainerikoksissa. Tavoitteena on, että rikosvastuu toteutetaan saumattomalla kansainvälisellä yhteistyöllä tekijän koti- tai oleskeluvaltiossa. Huumausaineen maahantuontia torjutaan poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen yhteistyöllä (PTR-yhteistyö) takavarikoimalla huumausaine pääsääntöisesti maan rajoilla, ellei rikollisen toiminnan kokonaisvaltainen selvittäminen edellytä valvottua läpilyöntiä tai muita vastaavia toimenpiteitä. Huumausaineiden ja huumausaineeksi luokiteltujen lääkeaineiden katutason levityksen valvonta on osa poliisin perustoimintaa. On tärkeää myös paljastaa huumausaineisiin liittyvää oheisrikollisuutta kuten rahanpesua ja saada pois rikoksen tuottamaa hyötyä.

Hallituskauden tavoitteena on

- tehostaa tietojohdoista huumausainerikostorjuntaa (intelligence led law enforcement) lainvalvontaviranomaisten kesken,
- torjua huumausainerikollisuutta verkossa,
- selvittää mahdollisuutta tarkistaa huumausainelainsäädäntöä muuntohuumeisiin liittyvien haittojen ehkäisemiseksi,
- lisätä laboratorioviranomaisten yhteistyötä muuntohuumeisiin liittyvien haittojen ehkäisemiseksi.

3. Huumausainehaittojen ehkäisy ja hoito

Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihdehuollon palveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen ja muille läheisille. Palveluja on annettava asi-

akkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella. Toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä etu. On olemassa vankkaa näyttöä siitä, että huumeongelman hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen. Huumeongelman käsittelyä palvelujärjestelmässä voi haitata se, että huumeiden käyttö on rangaistavaa eikä ongelmasta uskalleta kertoa palvelujärjestelmässä, vaikka siitä kysyttäisiinkin.

Päihdeongelmasta toipuminen on pitkäaikainen prosessi, jossa voidaan eri vaiheissa tarvita erilaisia hoito- ja tukimuotoja, ja päihdepalvelujen monimuotoisuus olisi tärkeää säilyttää. Hallitusohjelman tavoitteena on huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluiden, terveysneuvonnan ja etsivän työn lisääminen. Hoidon kynnystä on siis edelleen madallettava ja hoitoon hakeutumisen esteitä poistettava. Palveluiden kehittämisessä ja tarjoamisessa on tärkeä tiivistää myös kuntien, järjestöjen ja seurakuntien päihdetyön yhteistyötä.

Hallituskauden tavoitteena on

- varmistaa huumausaineiden käyttäjien terveysneuvontatyön kattavuus ja laatu,
- selvittää huumehoitojärjestelmän tilanne kattavien palveluiden parantamiseksi,
- tehostaa poliisin tekemää hoitoonohjausta,
- vahvistaa viranomaisten, hoitopalveluiden ja vertaistyon välistä tiedonkulkua,
- ehkäistä reseptilääkkeiden väärinkäyttöä ja
- lisätä mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon rangaistuksen täytäntöönpanon aikana.

4. EU:n huumausainepolitiikka ja kansainvälinen yhteistyö

Suomi osallistuu Suomen toimintalinja kansainvälisessä huumausainetorjunnassa -periaatepäätöksen mukaisesti aktiivisesti EU:n tulevan huumausainestrategian ja toimenpideohjelman suunnitteluun ja toteuttamiseen ja kansainväliseen huumausaineiden vastaiseen yhteistyöhön Yhdistyneiden kansakuntien, Euroopan neuvoston, Itämeren alueellisen yhteistyön ja Pohjoismaiden ministerineuvoston huumausainepoliittisilla foorumeilla sekä muissa vakiintuneissa yhteistyöryhmissä.

Suomi pyrkii purkamaan EU:n ja Euroopan neuvoston toiminnassa mahdollisesti olevia päällekkäisiä rakenteita. Suomi osallistuu huumausaineiden torjuntaan liittyvään työhön myös kehitysyhteistyövaroin.

Suomi tukee YK:n huumausaine- ja rikostoimiston (UNODC) johtavaa asemaa kansainvälisen huumausainetorjunnan suunnittelussa ja toteuttamisessa. Suomi tukee aktiivisesti EU:n pyrkimyksiä vahvistaa EU:n huumausainestrategisia ja toiminnallisia linjauksia YK:ssa sekä muussa kansainvälisessä huumausaineyhteistyössä.

Hallituskauden tavoitteena on

- selkeyttää Suomen toimintaa eri foorumeilla ja
- jatkaa UNODC:n huumeidenvastaisen työn tukemista yleisrahoituksella sekä temaattisella rahoituksella.

5. Huumausaineongelmaa koskeva tiedonkeruu ja tutkimus

Suomessa kehitetään huumeiden käyttöön, huumemarkkinoihin, huumeidenkäyttäjien hoitoon ja huumeongelmien torjuntakeinoihin liittyvää tutkimusta ja tutkijakoulutusta, edistetään suomalaistutkijoiden kansainvälistä yhteistyötä ja seurataan säännöllisesti kansalaisten huumausaineisiin, niiden käyttöön ja haittoihin liittyviä mielipiteitä. Kansallista tietoa tuotetaan myös EU:n ja YK:n tiedonkeruujärjestelmiin. Huumetutkimusta tekevät muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos ja yliopistot.

Hallituskauden tavoitteena on

- vahvistaa alan tutkimustoimintaa ja
- kehittää huumausainepolitiikan arviointia päätöksenteon tukena.

1.3 Huumausainepolitiikkaan vaikuttavat hallituksen ohjelmat ja työryhmät

Köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen on yksi vuosien 2011–2015 hallitusohjelman kolmesta painopistealueesta. Hallituksen poikkihallinnollinen syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä toimenpideohjelma pyrkii luomaan pysyvän toimintamallin, jolla hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen otetaan osaksi kaikkea yhteiskunnallista päätöksentekoa. Ohjelmaan kuuluu eri hallinnonalojen kärkihankkeita joilla pyritään vahvistamaan osallisuutta. (STM 2012b).

Yleisen hyvinvointipolitiikan ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen laaja-alainen kehittäminen jatkuu edelleen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) jatkuu toista nelivuotiskautta. (STM 2012c.) Ohjelma jatkaa perusterveydenhuollon, sosiaalityön, ensihoidon sekä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä.

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen keskittyvä kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma *Mieli 2009–2015* (STM 2009b) korostaa ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista sekä painopisteen siirtämistä palveluissa perus- ja avopalveluihin. Suunnitelman mukaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten on saatava palveluja joustavasti yhden oven kautta ja yhdenvertaisesti muiden kanssa. Mahdollisten toimintauudistusten toteuttamiseksi THL julkaisi lisäksi oppaan mielenterveys- ja päihdetyön strategiseksi suunnitteluksi kunnissa tai aluetasolla. (Laitila ym. 2009).

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosta vastaavat STM ja THL. THL julkaisi vuonna 2010 kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa, sen vastaanottoa⁸ sekä siihen liittyvää toimeenpanosuunnitelmaa koskevan raportin. (Partanen ym. 2010.)

8 Muun muassa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollolle, järjestökentälle, oppilaitoksille jne. suunnatussa avoimessa internetkyselyssä tärkeäksi nähtiin erityisesti avo- ja peruspalveluiden kehittäminen sekä asiakkaan aseman vahvistaminen. Kritiikkiä tuli erityisesti sosiaalityön vähäisestä näkymisestä suunnitelmassa. Lisäksi vastauksissa näkyi huolestuneisuutta siitä, nouseeko päihdeongelmaisten hoitoon pääsyn kynnyks nykytilaan verrattuna. Eniten epävarmuutta liittyi esitykseen psykiatrisen sairaalahoidon siirtämiseen yleissairaaloitten yhteyteen.

Erityisesti kokemusasiantuntijuus ja vertaistyö, tahdosta riippumattoman hoidon lainsäädännön uusiminen ja uudet keinot pakkohoidon vähentämiseksi ja matalakynnyksiset peruspalvelut ovat keskeisiä mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen vaikuttavia linjauksia. Kehittämistyön kenttä ulottuu julkisen palvelujärjestelmän lisäksi vahvasti myös kolmannelle sektorille. Sosiaali- ja terveyssektorin lisäksi yhteistyössä mukana ovat myös tahot, kuten opetus-, kulttuuri- ja muu vapaa-ajan-toiminta, elinkeinoelämä sekä asuin- ja elinympäristöjen rakentamisesta vastaavat tahot. (STM 2009b).

Nuorisopolitiikan kehittämisohjelma laaditaan nuorisolain (72/2006) mukaan joka neljäs vuosi. Ensimmäisessä lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelmassa vuosille 2007–2011 (OKM 2007) todettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtyminen sukupolvelta toiselle on yksi vahvimista syrjäytymisen poluista. Ohjelma korosti, että lastensuojelun, päihdehuollon ja mielenterveyspalveluiden yhteistyötä tulee kehittää tavoitteena pystyä ottamaan huomioon aikuispalveluja tarvitsevien vanhempien lastensuojelun ja kuntoutuksen tarpeet. Myös rikosoikeudessa nuorisorangaistukseen voitaisiin sisällyttää mielenterveys- tai päihdehoitoa. (Nuorisosiain neuvottelukunta 2011). Lakisääteinen vuosien 2012–2015 ohjelma sisältää myös tavoitteita nuorten päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn. (OKM 2012).

Sisäisen turvallisuuden ohjelma on hallituksen poikkihallinnollinen ohjelma, joka sisältää eri hallinnonalojen toimenpiteet turvallisuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Aiemmat periaatepäätökset ohjelmasta on tehty vuosina 2004 ja 2008. Vuoden 2008 sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpanosta on raportoitu vuosittain väli-raporteissa (SM 2009, SM 2010 ja SM 2011a). Vuosiksi 2012–2015 tehty ohjelma on kolmas poikkihallinnollinen ohjelma. Tavoitteena on muun muassa parantaa syrjäytymistä, koska se aiheuttaa turvallisuusuuhkia. Syrjäytymiseen liittyy yleensä päihteiden ongelmakäyttöä ja ohjelman tavoitteena on torjua alkoholi- ja muita päihdesidonnaisia turvallisuusuuhkia. (SM 2012.)

Sisäasiainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä valmisti selvityksen päihtyneiden kiinniottamisesta, kuljettamisesta, kohtelusta ja hoidosta. Työryhmän johtopäätös oli, että poliisin osuutta päihtyneiden kiinnitoissa, kuljettamisesta ja säilöönotoissa on perusteltua vähentää ja vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden roolia. Selviämishoitoasemat tulisi sijoittaa joko terveydenhuollon päivistyspalveluiden tai päihdehuollon palveluiden yhteyteen tai poliisin säilytysuojan välittömään läheisyyteen. Keskeisinä kehittämisohjelmiksi painotettiin ehkäisevän päihdetyön sekä asunnottomien palveluiden kehittämistä päihtyneiden säilöönottomatarpeen vähentämiseksi, yksityisen turva-alan roolin selkiyttämistä päihtyneisiin liittyvissä tehtävissä, uusien toimintamallien kokeiluja sekä toimijoiden välisen tiedonvaihdon ja tilastoinnin kehittämistä. Kehittämistyössä tulisi huomioida alueelliset erityispiirteet ja erityisesti harvaan asuttujen alueiden pitkät etäisyydet. (SM 2011b.)

1.4 Taloudelliset analyysit

Julkiselle sektorille aiheutuneet huumehaittakustannukset

Julkiselle sektorille aiheutuneet huumehaittakustannukset lasketaan Suomessa vakiintunutta laskentakehikkoa käyttäen (Salomaa 1996; Hein & Salomaa 1998). Laskentakehikkoa on päivitetty vuosien 2011 ja 2012 aikana, ja tässä kappaleessa julkaistaan päivitetyllä laskentakehikolla lasketut huumehaittakustannukset. Haittakustannukset lasketaan vuosittain ja ne julkaistaan THL:n Päihdetilastollisessa vuosikirjassa.

Vuonna 2012 huumeet aiheuttivat julkiselle sektorille⁹ noin 253–323 miljoonan euron haittakustannukset. Huumehaittakustannukset muodostuvat pääosin haittojen hoitamisesta ja korjaamisesta. Huumehaittakustannusten rakenne painottuu sosiaalihuollon sekä yleisen järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksiin. (Päihdehaittakustannukset.)

Julkisista huumehaittakustannuksista suurin erä (30 %) oli sosiaalihuollon haittakustannukset, jotka olivat 72–101 miljoonaa euroa. Suurin osa kustannuksista, noin 46 miljoonaa euroa, aiheutui päihdehuollon kustannuksista. Vuonna 2012 sosiaalihuollon huumehaittakustannukset ovat kasvaneet noin 7 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Seuraavaksi eniten (26 %) haittakustannuksia aiheutui järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksista, jotka olivat noin 75 miljoonaa euroa. Oikeuslaitoksen ja vankiloiden haittakustannusten osuus oli kolmanneksi suurin (20 %), ja ne olivat 57–59 miljoonaa euroa. (Päihdehaittakustannukset.)

Terveystenhuollon huumehaittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avo- ja vuodeosastohoidon kustannuksia, jotka olivat yhteensä 38–61 miljoonaa euroa vuonna 2012. Terveystenhuollon haittakustannukset kasvoivat noin 9 prosenttia vuoteen 2011 verrattuna. Eniten haittakustannuksia, noin 14 miljoonaa euroa, aiheutui huumeiden käyttöön liittyvien sairauksien hoidosta psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa. (Päihdehaittakustannukset.)

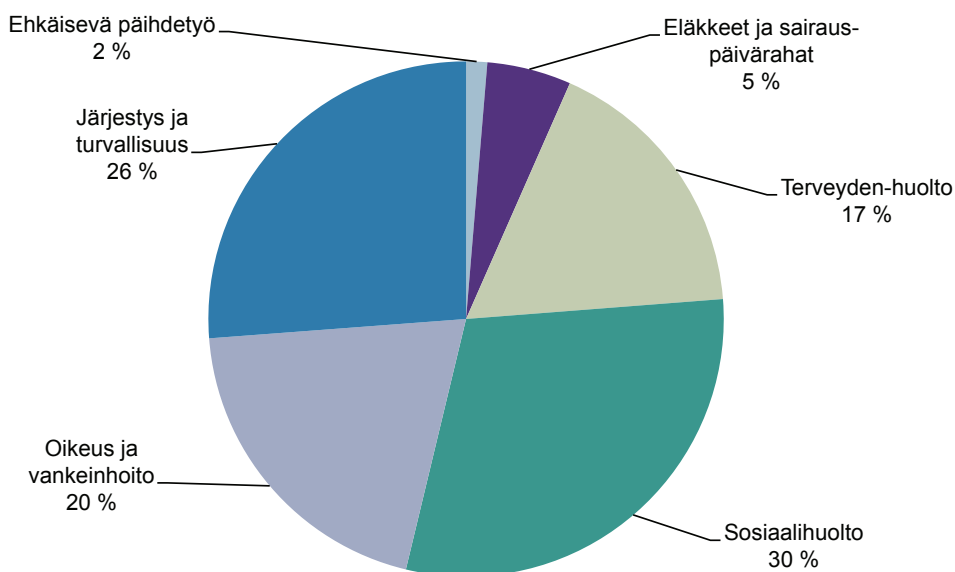
Huume-ehtoisista eläkkeistä ja sairauspäivärahoista aiheutui 7–23 miljoonan euron haittakustannukset. Ehkäisevä päihdetyö käsittää Raha-automaattiyhdistyksen ehkäisevään huumeetööhön kohdistamat avustukset. Ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä kunnissa budjettivaroin, mutta näiden kustannusten huomioimiseen haittakustannuslaskennassa ei ole keinoja. Ehkäisevään huumeetööhön kohdistetut avustukset olivat reilun prosentin julkisista huumehaittakustannuksista. (Jääskeläinen 2012; Päihdehaittakustannukset.)

⁹ Aineistona on käytetty ministeriöiden ja valtion virastojen sekä laitosten budjetti- ja tilinpäätöskertomuksia laskentavuodelta.

Taulukko 1. Huumehaittakustannukset pää- ja alaryhmittäin 2012, miljoonaa euroa.

	Minimi	Maksimi	Keskiarvo	Muutos ed. vuoteen, %
VÄLITTÖMÄT KUSTANNUKSET	364,4	434,3	399,3	2,6
Terveystenhoitokustannukset	38,2	60,7	49,4	8,8
Erikoissairaanhoido	32,0	49,8	40,9	14,1
*Somaattinen erikoissairaanhoido	12,7	15,8	14,3	-0,8
*Psykiatrinen erikoissairaanhoido	19,3	34,0	26,6	24,1
Perusterveydenhuolto	6,2	10,9	8,6	-11,0
Eläkkeet ja sairauspäivärahat	7,1	23,4	15,2	6,0
Työkyvyttömyyseläkkeet	3,0	18,9	10,9	6,2
Sairauspäivärahat	1,0	1,3	1,1	6,4
Perhe-eläkkeet	3,2	3,2	3,2	2,4
Sosiaalihuollon kustannukset	71,7	100,9	86,3	7,0
Päihdehuolto	32,3	59,7	46,0	6,0
Toimeentulotuki	2,8	4,6	3,7	7,7
Lastensuojelu	36,2	36,2	36,2	8,4
Kotipalvelut	0,3	0,4	0,4	-7,0
Järjestys ja turvallisuus	75,4	75,4	75,4	3,4
Poliisi	39,5	39,5	39,5	3,1
Pelastustoimi	24,0	24,0	24,0	3,4
Tulli	11,9	11,9	11,9	4,1
Rajavartiolaitos	-	-	-	-
Oikeusjärjestelmä ja vankeinhoito	56,8	58,7	57,7	1,7
Oikeusasteet, syyttäjä, oikeusapu ja ulosotto	10,6	12,4	11,5	2,8
Vankeinhoito	45,8	45,8	45,8	1,5
Muut	0,4	0,5	0,4	-2,6
Onnettomuus- ja rikosvahingot	111,4	111,4	111,4	-1,7
Muut kustannukset				
Ennaltaehkäisevä päihdetyö	3,8	3,8	3,8	-34,4

*) Luokittelut on tehty COFOG (Classification of the Functions of Government) luokittelujen mukaisesti.



Kuvio 1. Julkisten huume-ehdoisten haittakustannusten rakenne 2012.

Lähde: Päihdehaittakustannukset, THL.

Yhteiskunnalliset huumehaittakustannukset

Vuonna 2012 huumausaineiden ja lääkeaineiden väärinkäyttö aiheutti noin 364–434 miljoonan euron yhteiskunnalliset huumehaittakustannukset (Taulukko 2.). Yhteiskunnalliset haittakustannukset sisältävät julkisen sektorin ohella myös yrityksille ja kotitalouksille aiheutuneita kustannuksia. Yhteiskunnallisiin huumehaittakustannuksiin lasketaan huume-ehdoisten tapaturmien, tulipalojen ja liikenneonnettomuuksien vuoksi maksettuja vakuutuskorvauksia sekä rikosten aiheuttamien vahinkojen kustannuksia. Huume-ehdoisten onnettomuuksien ja rikosten aiheuttamien vahinkojen haittakustannukset olivat noin 111 miljoonaa euroa vuonna 2012. Onnettomuus -ja rikosvahinkojen haittakustannukset vähenivät noin kaksi prosenttia vuoteen 2011 verrattuna. (Jääskeläinen 2012; Päihdehaittakustannukset.)

Taulukko 2. Huumehaittakustannukset pääryhmittäin vuosina 2008–2012 (käyvin hinnoin), miljoonaa euroa.

	Terveysden- huolto		Eläkkeet ja sairaus- päivärahat		Sosiaali- huolto		järjestyksen ja turvallisuuden ylläpito		Oikeus- järjestelmä ja vankeinhoito		Muut (ehkäisevä päihdetyö)		Onnettomuus- ja rikos-ahingot		Haitta- kustannukset yhteensä	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
2008	28	48	7	19	45	62	73	73	57	59	11	11	96	96	317	368
2009	28	48	7	20	48	67	73	73	57	59	11	11	99	99	324	377
2010	28	48	7	21	49	68	77	77	58	60	10	10	96	96	325	380
2011	34	57	7	22	67	94	73	73	56	58	6	6	113	113	355	423
2012	38	61	7	23	72	101	75	75	57	59	4	4	111	111	364	434

Lähde: Päihdehaittakustannukset, THL.

2 Huumeiden kokeilu ja käyttö

Suomessa huumeetrendit ovat seuranneet kansainvälisiä virtauksia. Maassamme on kansainväliseen tapaan ilmennyt kaksi suurempaa huumeaaltoa, ensimmäinen 1960-luvulla ja viimeisin 1990-luvulla.

Huumeiden kokeilun ja käytön lisääntyminen 1990-luvulla oli 1960-luvun tapaan nuoris- ja sukupolvi-ilmiö. Teknokulttuuri levisi 1980-luvun lopussa pienenä underground-liikkeenä myös Suomeen. Ilmiö alkoi yleistyä vasta 1990-luvun puolivälissä erityisesti nuorten (15–34-vuotiaiden) aikuisten keskuudessa. Ilmiö monimuotoistui 1990-luvun loppupuolella eikä enää rajautunut kaupunkilaisnuorten marginaaliseksi juhlimismuodoksi. Tutkimusten mukaan 1990-luvulla huumeekokeilujen nousutrendi lähti voimakkaammin liikkeelle miesten keskuudessa. Naisilla kasvuvauhti kiihtyi vasta vuosikymmenen puolen välin jälkeen. Huumeita kokeilleiden osuus kasvoi 1990-luvun loppuun asti, minkä jälkeen kasvukäyrässä näkyy selvä tasoittuminen. Nykyisin huumeiden käyttö on entistä enemmän osa nuorten arkipäivää ja sillä on huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten juhlintatavoissa että myös päihteen ongelmakäytössä.

Huumeekokeilut ja huumeiden käyttötaso ovat huomattavasti korkeammalla tasolla kuin 1990-luvun alussa. Ilmiötä selittää osittain 1990-luvulla ja sen jälkeen huumeekokeilunsa aloittaneen nuorisosukupolven osuuden kasvu huumeekokeiluja mittaavien väestökyselyjen otosjoukossa, samalla kun joukosta poistuvat vanhemmat ikäpolvet, joilta huumeiden käyttökokemus kokonaan puuttuu. Uusimmat tiedot osoittavat kokeilujen jälleen lisääntyneen, nyt erityisesti 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Vuoden 2010 tietojen mukaan noin 17 prosenttia 15–69-vuotiaista suomalaisista ilmoitti kokeilleensa joskus kannabista, viimeisen vuoden aikana noin 4 prosenttia. Miesten osuus kokeilleista oli hieman naisia suurempi. Eniten käyttöä oli 15–34-vuotiaiden ikäluokassa.

2.1 Huumeekokeilut Suomessa

Vuoden 2010 väestökyselyn mukaan 15–69-vuotiaassa väestössä joskus kannabista kokeilleiden osuus oli 17 prosenttia.¹⁰ Naisista kokeilleita oli 13 prosenttia ja miehistä noin 20 prosenttia. Kokeilut painottuvat nuorten 25–34-vuotiaiden aikuisten ikäluok-

10 Tutkimuksen kohdejoukon muodostivat 15–69-vuotiaat suomalaiset, joista poimittiin 4 250 henkilön otos syksyllä 2010. Perusotokseen valittiin satunnaisotannalla 3 000 henkilö kohdejoukosta ja lisäotokseen 1 250 henkilöä 15–39-vuotiaiden ikäryhmästä. Yliotannalla tahdottiin kohdistaa kyselyä huumeiden käytön kannalta aktiivisimpaan väestön osaan. Tutkittaville tarjottiin mahdollisuus vastata kysymyksiin joko internetissä tai postitse palautettavalla paperilomakkeella. Internetissä vastaaminen tapahtui henkilökohtaisen tunnuksen ja salasanan avulla. Vastausprosentin kohottamiseksi tutkittavia muistutettiin kahdella muistutuslomakkeella. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 2 023 henkilöä (48 %), mikä oli vuodesta 1992 alkaneen tutkimussarjan matalin vastausprosentti. (Hakkarainen ym. 2011b.)

kaan, jossa kokeilijoiden osuus oli 36 prosenttia. Amfetamiineja oli joskus elämänsä aikana kokeillut 2,1, ekstaasia 1,7, kokaiinia 1,5, ja opiaatteja 1,0 prosenttia. Nuorten 25–34-vuotiaiden ikäluokassa vastaajista amfetamiineja oli kokeillut 6,4, ekstaasia 5,9, kokaiinia 4,3, ja opiaatteja vajaa 3 prosenttia. Kyselyyn vastanneista viimeksi kuluneen vuoden aikana kannabista kokeilleita oli 4 prosenttia ja muita aineita kokeilleita selvästi alle 1 prosentti. Viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleiden osuus oli 1 prosentti. 6,5 prosenttia oli käyttänyt unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä elinaikanaan väärin, esimerkiksi ilman lääkärin määräystä tai lääkärin määräämää suurempina annoksina. Käytön tavallisimpana motiivina mainittiin se, että pystyisi nukkumaan. Ikäluokassa 25–34-vuotiaat lääkkeiden väärinkäyttäjien osuus oli 9,9 prosenttia. (Hakkarainen ym. 2011a; Hakkarainen ym. 2011b.)

Kannabista viimeisen vuoden aikana kokeilleiden osuus näyttäisi jonkin verran kasvaneen 2000-luvun ajan. Muutos ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan merkitseviä muutoksia on tapahtunut erityisesti 15–34-vuotiaiden ikäluokan sisällä: vuodesta 2002 vuoteen 2010, 15–24-vuotiaiden kannabista kokeilleiden osuus pysyi lähes samana, kun taas 25–34-vuotiaiden osuus kasvoi nuorempien tasolle. Tämä merkitsi käyttötason lähes kolminkertaistumista 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. Näin kannabiksen käytön kytkeytyminen yksinomaan nuorisokulttuuriin näyttäisi heikentyneen, samalla kun 2000-luvun vaihteen huumeiden kokeilijasukupolven kannabiksen käyttötottumukset näyttäisivät muuttuvan yhä pysyvämmäksi ilmiöksi. Huomattava on myös ero huumeiden käytöllä sukupuolten välillä, sillä vielä nuorimmassa ikäryhmässä miesten ja naisten käyttötaso on lähes sama, mutta sen jälkeen miehet irtaantuvat omille lukemilleen. Toisin kuin miehillä, naisilla viimeaikainen käyttö vähenee jyrkästi jo 25–34-vuotiaiden ikäluokassa. (Hakkarainen ym. 2011b.)

Viimeisen kuukauden aikana kannabista kokeilleita oli 15–34-vuotiaiden joukossa edelleen 3 prosenttia ja 35–44-vuotiaiden joukossa enää prosentti, mikä osoittaa, että kannabiksen pitkäaikainen ja säännöllinen käyttö ei ainakaan vielä ole levinnyt laajemman väestöpohjan ilmiöksi. Poikkeuksen edellisestä muodostavat 2000-luvun vaihteessa huumeita käyttämään aloittaneet miehet, joista peräti 15 prosenttia kertoi käyttäneensä kannabista vuoden sisällä ja viisi prosenttia kuukauden aikana. (Hakkarainen ym. 2011b.)

Taulukko 3. Kannabista joskus kokeilleet ja viimeisen vuoden aikana kokeilleet ikäryhmittäin 1992–2010, %.

	1992	1996	1998	2002	2006	2010
Kokeillut joskus						
Kaikki	5	8	10	12	13	17
15–24	12*	14**	19	25	19	21
25–34	10	16	19	19	25	36
35–44	4	8	8	11	16	22
45–69	1	2	3	4	6	6
Kokeillut viimeisen vuoden aikana						
Kaikki	1	2	3	3	3	4
15–24	6*	9**	10	11	9	12
25–34	2	3	3	4	7	11
35–44	0	1	0	1	2	1
45–69	0	0	0	0	1	0

*=18–24-vuotiaat, **=16–24-vuotiaat

Lähde: Hakkarainen ym. 2011b.

Suomessa alkoholin käyttö ja siihen liittyvät ongelmat ovat perinteisesti olleet huomattavasti yleisempiä kuin huumausaineiden käyttö ja siihen liittyvät ongelmat. Kuitenkin huumausaineiden käyttö on lisääntynyt selvästi viimeisen 15 vuoden aikana. Mutta miten alkoholin käyttö ja huumeiden käyttö kytkeytyvät Suomessa toisiinsa? Tätä kysymystä on arvioitu edellä mainittujen väestökyselyjen vuosien 1998, 2002 ja 2004 aineistoja yhdistämällä. Aineisto jaettiin viiteen osaan: (1) huumeekulttuurin ulkopuoliset henkilöt, (2) huumetarjontaa kohdanneet henkilöt, (3) huumeiden kokeilijat, (4) kannabiksen käyttäjät ja (5) useiden eri huumeiden käyttäjät. ¹¹(Hakkarainen & Metso 2009.)

11 Luokat määriteltiin seuraavasti: (1) henkilöt, jotka eivät ole kokeilleet ja joille ei ole koskaan tarjottu huumeita, (2) henkilöt joille on tarjottu mutta jotka eivät ole kokeilleet huumeita, (3) henkilöt, jotka ovat joskus kokeilleet huumeita, mutta eivät ole käyttäneet viime vuoden aikana, tai jotka ovat kokeilleet huumeita ensi kerran viime vuoden aikana, (4) henkilöt, jotka ovat käyttäneet kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana sekä myös sitä ennen ja jotka ovat kokeilleet elämässään enintään kahta eri huumeita sekä (5) henkilöt, jotka ovat käyttäneet useampaa kuin kahta eri huumeita ja jotka ovat käyttäneet jotain huumeita tai huumeita viimeisen vuoden aikana. Kaikkiaan tutkimuksessa oli mukana tiedot 7 227 henkilöstä. Analyysissa käytettiin logistista regressioanalyysia.

Humalajuominen (vähintään 6 annosta kerralla) ja ravintoloissa käynti oli selvästi yleisintä kannabista sekä useita eri huumeita käyttäneiden keskuudessa ja kaikkein vähäisintä huumetarjontaa kohtaamattomien henkilöiden keskuudessa. Tämä yhteys säilyi selkeänä, vaikka sukupuoli ja ikä vakioitiin. Lääkkeiden päihdekäyttö korostui erityisesti useita eri huumeita käyttäneiden keskuudessa. Tutkimuksen perusteella kytkentä alkoholin kulutuksen, erityisesti humalajuomisen, ja huumeiden käytön välillä näyttäisi olevan selkeä. Usein esitetty hypoteesi siitä, että kannabiksen käyttö korvaisi alkoholinkäyttöä, ei näyttäisi pätevän ainakaan Suomessa, vaan pikemminkin kannabiksen käyttö esiintyy usein runsaan alkoholinkäytön rinnalla. (Hakkarainen & Metso 2009.)

Uudempi ilmiö 2010-luvun lopun suomalaisessa huumeiden käytössä on kannabiksen kotikasvatuksen nopea lisääntyminen. Ilmiö näkyy rikostilastoissa ja sitä on selvitetty myös kyselytutkimuksella.¹² Takavarikkotilastojen perusteella 1990-luvulla vuosittaisten kannabiskasvitakavarikkojen määrä liikkui muutamissa sadoissa sen sijaan 2000-luvulla jo tuhansissa, ja vuonna 2010 ylettiin 15 000 kasviin. Vastaava nopea kasvu näkyy myös vertaamalla vuosien 2008 ja 2010 väestökyselyjen tietoja. Edellisessä hasiksen elinikäisprevalenssi oli suurempi kuin marihuanan (10 % vs. 9 %), kun vuonna 2010 osat olivat jo vaihtuneet (12 % vs. 13 %). Vuosiprevalenssien osalta marihuana oli ohittanut hasiksen jo vuonna 2008, ja vuoden 2010 kyselyn mukaan vuoden aikana hasista käyttäneitä oli aikuisväestöstä 2 prosenttia ja marihuanaa käyttäneitä 4 prosenttia. Lisäksi 10 prosenttia vastaajista ilmoitti tuntevansa henkilökohtaisesti jonkun kannabiksen kasvattajan, vaikkakin vain prosentilla oli omaa kasvatuskokemusta. Silti voimasuhteiden muutos hasiksen ja marihuanan kokeilujen välillä lieenee suurelta osin kannabiksen kotimaisen kasvatuksen seurausta. Viimeisen kuukauden aikana tapahtunutta kasvatusta koskevien kysymysten tuloksia vertaamalla tutkijat arvioivat Suomessa olevan lähes 10 000 kannabiksen aktiivista kotikasvattajaa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Kyselytutkimuksen perusteella suurin osa (72 %) kotikasvattajista kasvattaa 1–5 kannabiskasvia kerrallaan. Vain runsas kaksi prosenttia vastaajista ilmoitti kasvattaneensa enemmän kuin 20 kasvia kerrallaan. Nettikysely painottui hieman enemmän pienkasvattajiin, sillä poliisin takavarikkotilastojen perusteella 13 prosenttia takavarikoista kohdistui yli 20 kasvin viljelmiin. Kaikkiaan noin viidennes kyselyyn vastanneista oli joutunut tekemisiin poliisin kanssa kannabiksen kasvatuksen vuoksi. Kyselytutkimuksen mukaan kasvattajien tärkeimmät tiedonlähteet ja siementen/pistokkaiden hankintalähteet olivat internet ja muut kasvattajat – sen sijaan kannabiksen myyjien osuus oli jokseenkin olematon. Enemmän kuin kaksi

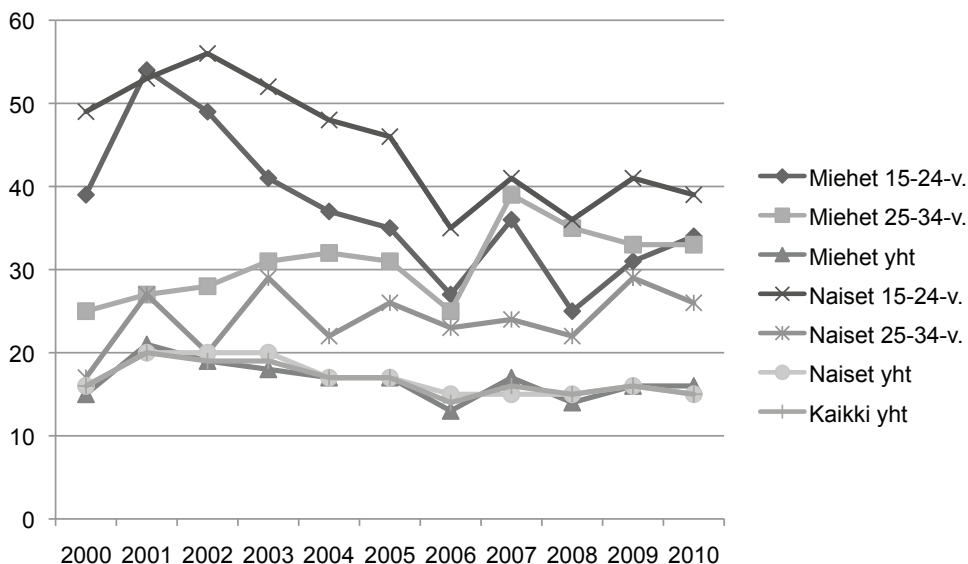
12 Tutkimusta varten rekrytoitiin aiheeseen liittyvien internetsivustojen avulla haastateltaviksi suomalaisia kannabiksen kotikasvattajia. Haastatteluja tehtiin kaikkiaan 38 vuonna 2008. Haastateltavat muodostuivat 36 miehestä ja 2 naisesta, joista suurin osa (55 %) kuului 25–34-vuotiaiden ikäluokkaan. Lisäksi suomalaisille kannabiksen kotikasvattajille suunnattiin anonyymi internetpohjainen verkkokysely vuonna 2009. Kyselyyn vastasi kaikkiaan 1 298 vastaajaa, joista 80 % oli kasvattanut kannabista viimeisen vuoden aikana. Tutkimusaineistoa verrattiin vuoden 2008 väestökyselyn tuloksiin ja vuoden 2010 väestökyselyn alustaviin tuloksiin. (Hakkarainen ym. 2011a; 2011b.)

kolmasosaa vastaajista kertoi sijoittaneensa viime satoon korkeintaan 100 euroa. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Kannabista kasvattavat nuoret ja nuoret aikuiset miehet, jotka asuvat ikätovereitaan useammin yksin ja ovat sekä perheen että lasten suhteen vakiintumattomampia. Kasvattajakunnasta noin puolet on päivittäiskäyttäjiä kun osuus väestökyselyissä on yleensä noin 6 prosenttia. Suurkuluttajia (yli gramma päivässä) oli kasvattajista 22 prosenttia. Kasvattamisen keskeisiä syitä olivat oman käyttötarpeen tyydyttäminen, kasvatuksesta saatava nautinto, pyrkimys välttää laittomia huumemarkkinoita sekä myös itse kasvatetun kannabiksen parempi laatu. Sen sijaan myyntitarkoitus nousi esiin vain alle 10 prosentissa tapauksista, vaikkakin noin kolmannes katsoi voivansa tarjota kasvattamaansa kannabista ystävilleen. Alkoholin ja kannabiksen suhde oli kasvattajakunnassa kaksijakoinen: joka kymmenennelle yhteiskäyttö oli rutiinia, kolmannes kertoi yhteiskäytöstä korkeintaan 1–3 kertaa kuukaudessa ja kolmannes ilmoitti, ettei harrasta yhteiskäyttöä juuri koskaan. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Aikuisväestön (15–64-vuotiaat) terveyskäyttäytymistä koskevien (AVTK)¹³ kyselyjen tärkein vuosittainen huumetilanteen kehitystä kuvaava mittari on huumeiden kokeilijoita tuttavapiirissään tietävien osuudet eri ikäluokissa. Nämä osuudet kasvoivat 2000-luvun alkupuolelle asti, mutta laskivat sen jälkeen aina 2000-luvun puoleen väliin asti. Selvimpiä muutokset ovat olleet 15–24-vuotiaiden osalta. Koko väestön osalta aleneva trendi on kuitenkin pysähtynyt 2000-luvun loppupuolella noin 15 prosentin tasolle, minkä ovat aiheuttaneet trendien voimakkaat vuosittaiset vaihtelut vuoden 2006 jälkeen etenkin nuorempien ikäluokkien osalta. (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011)

13 AVTK-tutkimusten aineistot on kerätty suuntaamalla postikysely 5 000 henkilön edustavalle satunnaisotokselle 15–64-vuotiaista, maassa pysyvästi asuvista Suomen kansalaisista; laitoksissa asuvat suomalaiset on rajattu otoksen ulkopuolelle. Kyselylomakkeet on postitettu keväällä (huhtikuussa), ja vastaamatta jättäneille on lähetetty noin kahden seuraavan kuukauden aikana kaksi (vuonna 1996) tai kolme (vuosina 1997–2009) uusintakyselyä. Lomakkeen täytettynä palauttaneiden määrä on vaihdellut vuosittain 3 000:n ja 3 600:n välillä. Vuonna 2010 kyselyyn vastasi 2 826 henkilöä (vastausaktiivisuus 57 %). (Piispa ym. 2008; Helakorpi ym. 2011.)



Kuvio 2. Tuntee vähintään yhden henkilön, joka on kokeillut huumeita vuoden aikana, %.

Lähde: Helakorpi ym. 2011.

Suomessa huumeiden käyttö on jälleen yleistynyt tasaisemman kehityksen jälkeen 2010-luvun vaihteeseen mennessä. Kehitys näyttäisi keskittyneen erityisesti 25–34-vuotiaiden miesten kannabiksen käyttöön. Kehityksellä on myös selkeä kytkeä kannabiksen kotikasvatuksen lisääntymiseen. Sen sijaan muiden aineiden käyttötaso on ollut suhteellisen vakaata, ehkä sillä poikkeuksella, että stimulanttiryhmässä ekstaasi ja kokaani ovat nousseet suosiossa amfetamiinin rinnalle. Opiaattien osalta huomattavaa on buprenorfiinin ja muiden lääkeopioidien (tramadoli, fentanyl, oksikodoni) käytön yleistyminen heroiinin sijasta. Unilääkkeiden ja rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö sijoittuu kannabiksen ja muiden laittomien huumeiden käytön väliin, ja niitä käytetään useimmiten univaikeuksiin mutta myös päihdyttäviin tarkoituksiin ja päihteiden vaikutusten lieventämiseen tai tehostamiseen. Keskeistä suomalaisessa päihdekulttuurissa on myös huumausaineiden ja alkoholin sekakäyttö, mikä ilmenee esimerkiksi siinä, että huumausaineita vuoden aikana käyttäneistä puolet kuluttaa myös alkoholia riskialttiilla tavalla. Vuosituhannen alun vakaan kehityksen vuosista huolimatta huumeilla näyttäisi olevan vuonna 2010 aikaisempaa vahvempi asema sekä nuorten kaupunkilaisten (miesten) juhlintatavoissa ja viihdekäytössä että päihteiden käyttöön liittyvässä alkavassa syrjäytymiskehityksessä. (Hakkarainen ym. 2010b.)

2.2 Koululaisten huumeiden käyttö

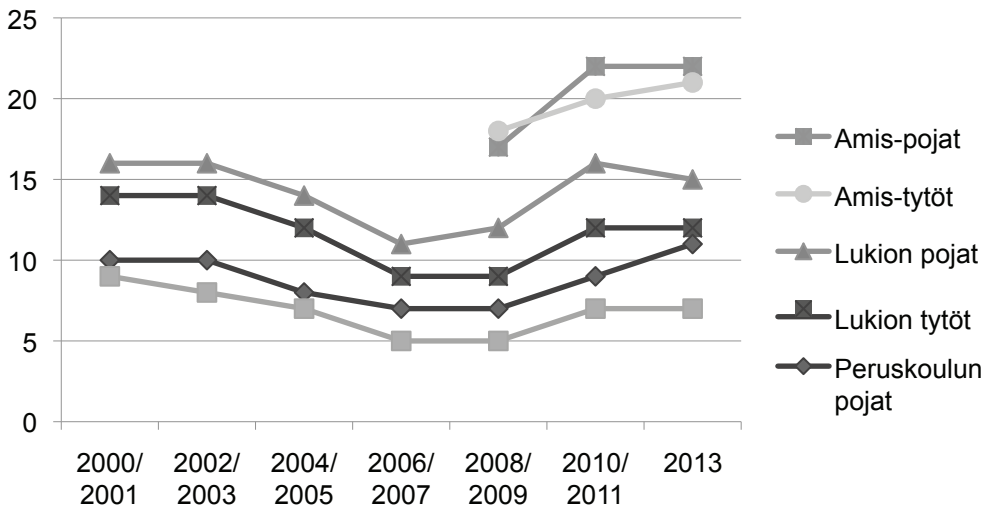
Koululaisiin kohdistuneen vuoden 2011 ESPAD -tutkimuksen¹⁴ mukaan 15–16-vuotiaista pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia oli joskus elämänsä aikana kokeillut kannabista. Osuus oli 10 prosenttia vuonna 1999, 11 prosenttia vuonna 2003 ja 8 prosenttia vuonna 2007. Vuonna 2011 Suomen ESPAD -tutkimuksessa kysyttiin ensimmäisen kerran erikseen hasiksen ja marihuanan käytöstä sekä kannabiksen kotikasvatuksesta. Pojista 7 prosenttia oli käyttänyt hasista ja 10 prosenttia marihuanaa, tytöillä vastaavat luvut olivat 4 prosenttia ja 6 prosenttia. Pojista 12 prosenttia ja tytöistä 10 prosenttia ilmoitti tuntevansa jonkun, joka on itse kasvattanut kannabista. Nuorten keskuudessa kasvatusta oli kuitenkin hyvin harvinaista: pojista yksi prosentti ilmoitti joskus itse kasvattaneensa kannabista, tytöistä ei yksikään. Muiden huumeiden kohdalla kehitys on ollut melko tasaista. Jotain muuta laitonta huumetta kuin kannabista elinaikanaan kokeilleiden osuus vuonna 2011 oli 5 prosenttia. (Raitasalo, Huhtanen & Ahlström 2012.)

Koululaisten huumeidenkäyttöä kartoitetaan myös valtakunnallisessa kouluterveyskyselyssä. Kouluterveyskysely kattaa vuorovuosin aina puolet Suomen kunnista sekä niiden peruskoulujen 8.–9. luokat ja lukion 1.–2. luokat.¹⁵

Kouluterveyskyselyn mukaan laittomia huumeita on ainakin kerran elämässään kokeillut 9 prosenttia peruskoulun oppilaista, 13 prosenttia lukiolaisista ja 21 prosenttia ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista. (Kouluterveyskysely 2013.)

14 Eurooppalainen koululaistutkimus nuorten päihteiden käytöstä (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) on tehty vuodesta 1995 alkaen neljän vuoden välein 23–36 Euroopan maassa. Kohderyhmä on tutkimusvuonna 16 vuotta täyttävät nuoret, eli Suomessa peruskoulun 9.-luokkalaisten.

15 Kouluterveyskysely tehdään kaikille peruskoulujen 8. ja 9. luokan oppilaille sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoille. Ammatillisissa oppilaitoksissa kysely on tarkoitettu nuorten opetussuunnitelmaperusteiseen ammatilliseen perustutkintoon johtavassa koulutuksessa opiskeleville. Kysely tehdään oppitunnilla opettajan ohjaamana luokkakyselynä - ammatillisissa oppilaitoksissa maaliskuussa ja peruskouluissa ja lukioissa huhtikuussa. Oppilaat ja opiskelijat vastaavat kyselyyn nimettömästi. Vuoteen 2011 asti kysely tehtiin parillisina vuosina Etelä-Suomessa, Itä-Suomessa ja Lapissa ja parittomina vuosina muualla Manner-Suomessa sekä Ahvenanmaalla. Kyselyä ei tehty lainkaan vuonna 2012. Vuodesta 2013 alkaen kysely tehdään samaan aikaan koko maassa.

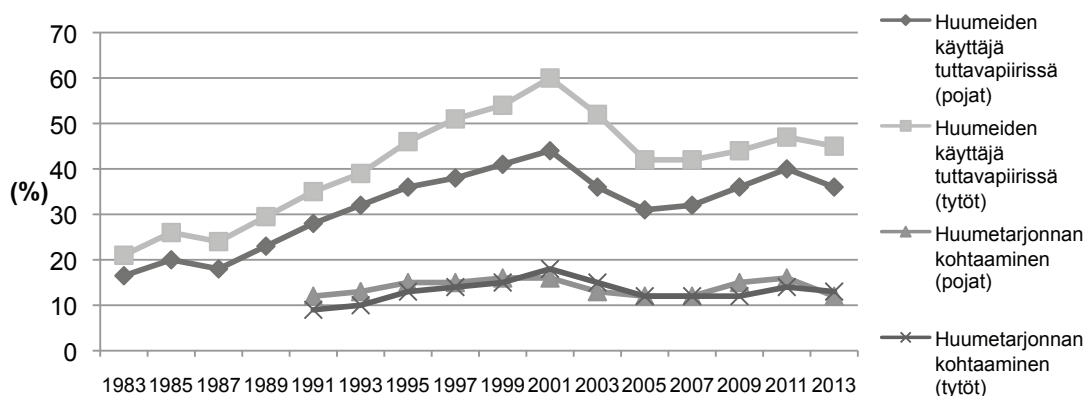


Kuvio 3. Kouluterveyskysely: Kokeillut ainakin kerran laittomia huumeita, %.

Lähde: Kouluterveyskysely 2013.

ESPAD-tutkimuksessa on kysytty myös eri päihteiden käyttöön liittyvistä riskeistä. Poikien ja tyttöjen välillä ei ole merkittävää tasoeroa kannabiskokeiluihin liitettyjen riskikäsitusten osalta. Sekä pojista että tytöistä hieman alle 30 prosenttia piti kannabiskokeiluihin liittyviä riskejä suurina vuonna 2011. Niiden osuus, jotka pitävät kannabiskokeiluihin liittyviä riskejä suurina, on laskenut tasaisesti lukuun ottamatta väliaikaista nousua vuosien 2003 ja 2007 välillä. Nuoret pitävät myös ekstaasin ja amfetamiinin kokeiluun liittyviä riskejä aiempaa pienempinä; pojilla lasku on ollut voimakkaampaa kuin tytöillä. (Raitasalo, Huhtanen & Ahlström 2012.)

Valtakunnallisen, 12–18-vuotiaisiin kohdennetun nuorten terveystapatutkimuksen kysymyksillä on mahdollista arvioida nuorten "sosiaalista altistumista huumeille", mitä tarkastellaan kysymällä tietävätkö nuoret tuttavapiirissään huumaavia aineita kokeilleita tai onko heille itselleen tarjottu näitä aineita. Tutkimuksen mukaan ainakin yhden huumeikokeilijan tuttaviansa keskuudessa tietävien 14–18-vuotiaiden osuus lisääntyi vuodesta 1987 vuoteen 2001, minkä jälkeen osuus lähti laskuun. Lasku kuitenkin pysähtyi vuonna 2007. Huumetarjonnan rakenne muuttui 1990-luvulta 2000-luvulle tultaessa siten, että valtaosatarjonnasta tuli tuttavilta eikä enää vierailta kuten 1990-luvun alkupuolella. Vuonna 2013 huumeita oli tarjottu hieman alle joka viidennelle 18-vuotiaista pojista ja tytöistä. (Kinnunen ym. 2013.)



Kuvio 4. 14–18-vuotiaiden sosiaalinen altistuminen huumeille (% , ikä ja sukupuoli vakioituna).

Lähde: Kinnunen ym. 2013.

Nuorten koulukiusaamisen kokemusten ja huumeiden käyttökokemusten välistä yhteyttä arvioitiin valtakunnallisella tutkimuksella, jossa on verrattu aiheeseen liittyviä kyselytuloksia 8-vuotiaiden koululaisten (poikien), heidän vanhempiensa ja opettajiensa haastatteluista ja 10 vuoden jälkikäteis seurannassa saatuja haastatteluvastauksia toisiinsa.¹⁶ Tulosten perusteella erityisesti 8-vuotiaana kiusaajana oleminen näytti ennustavan huumeiden kokeiluja myöhemmällä, 18-vuoden iällä. Myös säännöllinen kiusaaminen näytti ennustavan hyvin huumeiden käyttöä riippumatta muista tutkimuksessa huomioituista muuttujista. Sen sijaan kiusattuna oleminen itse asiassa näytti vähentävän huumeiden käyttöä myöhemmällä iällä. Jälkimmäisessä suhteessa tilanne oli päinvastainen säännöllisen tupakoinnin osalta. Tutkijat selittivät yhteyttä kiusaamisen ja myöhemmän huumeiden käytön kanssa kiusaajan epäsosiaalisiin persoonallisuuden piirteisiin vedoten. Tosin tämän tutkimuksen tulokset koskevat vain poikia. (Niemelä ym. 2011.)

¹⁶ Tutkimusaineisto on kerätty vuosina 1988 ja 1998. Vuoden 1989 aineisto koostuu 10 prosentin satunnaisotannasta koko 8-vuotiaiden ikäluokasta kyseisenä vuonna. Poikia joukossa oli 2946. Näiden lasten osalta tutkimukseen kuuluivat myös lasten vanhempien ja opettajien haastattelut. Koulukiusaamisen osalta lapsilta kysyttiin sekä koulukiusaamisen uhrina että kiusaajana olemista sen sijaan vanhemmilta ja opettajilta vain koulukiusaamisen uhrina olemista. Seurantatutkimus tehtiin vuonna 1999, jolloin huumeiden kokeilua tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttöä koskeviin kysymyksiin vastasi noin 78 % alkuperäisestä tutkimusjoukosta. Tutkimustulosta vääristää jonkin verran se, että kyselyn katojoukkoon kuului enemmän koulukiusaamiskokemuksen ilmoittaneita kuin kyselyyn vastanneiden joukkoon. Analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä. (Niemelä ym. 2011.)

2.3 Opiskelijoiden huumeiden käyttö

Vuoden 2012 korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen¹⁷ mukaan kaikista opiskelijoista 19 prosenttia (miehistä 24 % ja naisista 17 %) oli käyttänyt jotakin huumetta, lääkkeitä tai alkoholia ja lääkkeitä yhdessä päihtymistarkoituksessa. Yleisin käytetty huumausaine oli kannabis, jota ilmoitti kokeilleensa tai käyttäneensä 24 prosenttia miehistä ja 15,7 prosenttia naisista. Koulutussektoreiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, mutta yliopistoissa opiskelevat miehet olivat yleisimmin kokeilleet tai käyttäneet huumeita. (Kunttu & Pesonen 2013.)

17 Tutkimuksen kohdejoukkona olivat alle 35-vuotiaat perustutkintoa suorittavat suomalaiset ammatti-korkeakoulu- ja yliopisto-opiskelijat. Otoksen koko oli 9992 ja kokonaisvastausprosentti 44. Vastaneiden keski-ikä oli ammattikorkeakouluissa opiskelevilla miehillä 24,4 vuotta ja naisilla 23,7 vuotta ja yliopistoissa opiskelevilla miehillä 25,2 vuotta ja naisilla 24,7 vuotta. Tutkimus on vertailukelpoinen vuosien 2000, 2004 ja 2008 korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimusten kanssa.

3 Ehkäisevä huumetyö

3.1 Yleistä ehkäisevästä päihdetyöstä Suomessa

Ehkäisevällä päihdetyöllä vaikutetaan päihteitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja riskitekijöihin sekä päihteiden käytötapoihin, saatavuuteen, tarjontaan ja haittoihin.

Ehkäisevää päihdetyötä säätelevät pääasiassa raittiustyölaki (1982/828), raittiustyöasetus (822/76) ja päihdehuoltolaki (1986/41). Raittiustyölaissa (828/1982) työn tarkoituksiksi määritellään kansalaisten totuttaminen terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Yleisten edellytysten luominen raittiustyölle on lain mukaan ensisijaisesti valtion ja kuntien tehtävä. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittiutus- ja kansanterveysjärjestöt. Lain mukaan kunnissa tulee olla toimielin, joka vastaa raittiustyöstä. Toimielimen on tehtävä yhteistyötä erityisesti terveys-, sosiaali- ja koulutoimen kanssa. Raittiustyölaki uudistetaan vuoden 2013 aikana. Lain uudistamisen tarkoituksena on paikallisen päihdehaittojen ehkäisyn kehittäminen. Raittiustyöasetus (233/1983) täsmentää, että toimielimen tulee toimia yhteistyössä raittiustyötä ja ehkäisevää päihdetyötä tekevien sekä terveitä elämäntapoja edistävien yhteisöjen kanssa. Kuntalain 17 §:ssä todetaan, että kunnan toimielimellä tarkoitetaan valtuustoa, kunnanhallitusta, lautakuntaa tai muuta päätösvaltaista elintä, jonka valtuusto on asettanut. Kun raittiutuslautakunnat kunnissa lakkautettiin raittiustyölain tultua voimaan 1984, raittiustyölaissa määritetyt tehtävät tuli siirtää jonkun muun kunnan toimielimen tehtäväksi, yleensä sosiaali-, terveys- tai sivistyslautakunnan. (Strand 2011.) Päihdehuoltolain (1986/41) tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.

Ehkäisevä päihdetyö on osa laajempaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työtä. Suomessa kunnat ja niiden muodostamat kuntayhtymät vastaavat pääosin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Ehkäisevä päihdetyö näkyy lainsäädännössä raittiustyölain, päihdehuoltolain ja muun lainsäädännön (mm. kansanterveyslaki, lastensuojelulaki, nuorisolaki) lisäksi käynnissä olevissa poliittisissa ohjelmissa (mm. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, Kaste, Lanuke) sekä toimintapolitiikkoja ohjaavissa palvelujen laatusuosituksissa (esim. päihdepalvelujen laatusuositukset, ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit).

Kuntien päihdestrategioissa ehkäisevä päihdetyö on käsitetty yleensä jatkumona, johon sisältyy ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito. Uuden käsitelmäritelyn myötä päihdetyö jakaantuu ehkäisevään päihdetyöhön ja korjaavaan päihdetyöhön. Päihteitä käsitellään strategioissa yleensä kokonaisuutena, huumeita ja alkoholia erottelematta. Myös tupakoinnin ja toiminnallisten riippuvuuksien ehkäisy luetaan ehkäisevän päihdetyön piiriin.

Kunnille on annettu suositus tehdä mielenterveys- ja päihdetyön strategia, jossa määritellään päihdetyön vastuut terveyskeskuksessa (STM 2009b). Tutkimuksen¹⁸ mukaan kuitenkin vain 69 prosenttia terveyskeskuksista on hyväksynyt päihdetyön strategian. Lisäksi 65 prosentissa terveyskeskuksista oli johdon hyväksymän päihdehaittojen vähentämissuunnitelma. Alkoholin käytön vähentämiseen tähtäävää mini-interventioita ilmoitti toteuttavansa 73 prosenttia terveyskeskuksista. Huumausaineiden käyttäjille terveysneuvontaa annettiin vain kolmasosassa terveyskeskuksia (35 %). Yhteisistä käytännöistä huumeiden käytön toteamiseksi oli sovittu 40 %:ssa terveyskeskuksia. (Rimpelä ym. 2009a.)

Ehkäisevän päihdetyön kunta- ja alueverkostoja kehitetään valtakunnallisessa Alkoholiohjelmassa, jonka pääkoordinaattorina toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Kaikissa kuudessa aluehallintovirastossa toimii Alkoholiohjelman aluekoordinaattori, joka vastaa Alkoholiohjelman tavoitteiden toimeenpanosta omalla alueellaan ja toimii alueen haittoja ehkäisevän päihdetyön koordinaattorina. THL kehittää myös päihdetyön alueellista kehittäjäverkostoa ja ehkäisevän päihdetyön laatukehittäjäverkostoa sekä kerää ja välittää alan hyviä käytäntöjä. Päihdetyö ei ole vain osa kunnan julkisia palveluja. Järjestöillä ja muilla kolmannen sektorin toimijoilla on myös keskeinen rooli käytännön ehkäisevän päihdetyön toteuttamisessa sekä itsenäisinä toimijoina että palvelujen tuottajina kunnille. Järjestöt esimerkiksi pyrkivät lisäämään keskustelua ja tietoa huumeista sekä huumeiden käytöstä, käytön syistä ja seurauksista. Lisäksi järjestöt pyrkivät vaikuttamaan asenneilmapiiriin, organisoivat vertaistukitoimintaa ja järjestävät jälkihoitoa päihdekuntoutujille.

Ehkäisevälle päihdetyölle on määritelty laatukriteerit. Kriteeristö on luonteeltaan sisällöllinen ja se soveltuu eri päihteiden aiheuttamien haittojen ehkäisyyn sekä vähentämiseen.¹⁹ Huumetyötä ei laatukriteereissä ole eroteltu muusta päihdetyöstä. Laatukriteerien omaksumista käytäntöön pidetään keskeisenä välineenä ehkäisevän työn laadun parantamiseksi. Laatukriteerien jalkauttamiseksi julkaistiin vuonna 2006 käsikirja ”Laatutähteä tavoittelemassa” (Jokinen 2006), jossa myös esiteltiin laatutähti-työkalu avuksi työn suunnitteluun, toteutuksen ja arviointiin. (Stakes 2006.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut vuonna 2013 uudistetun ehkäisevän päihdetyön laatu-käsikirjan ”Laatutähteä kiertämässä” (Warsell & Soikkeli 2013), jossa on hyödynnetty laatutähti-työkalun käytöstä kertynyt kokemus ja sen pitkäjänteinen kehittämistyö. Paikallisen ehkäisevän päihdetyön tukemiseksi THL tiedottaa parhaista työmenetelmistä käytännön työntekijöille, kouluttaa heitä ja järjestää ohjattuja työpajoja yhdessä ehkäisevän päihdetyön laatuverkoston, aluehallintovirastojen ja järjestöjen kanssa.

18 Terveyskeskusten (N = 231) johtajille lähetettiin lokakuussa 2008 verkkokysely, johon pyydettiin vastaamaan johtoryhmän yhteistyönä. Väestön terveyden edistämiseksi näkökulmien lisäksi lomakkeessa oli kysymyksiä johdon tulkinnoista terveyden edistämisestä ja keskeisistä kansanterveysohjelmista. Vastaukset saatiin 190 terveyskeskuksesta (82 %) kaikista suurimmista (50 000+ asukasta) ja 89 % keskisuurista (20 000–49 999).

19 Kriteerit ovat työn kohdennus, kohderyhmä, vaikuttamisten taso, tietoperusta, arvot, realistiset tavoitteet, tavoitteiden yhdenmukaisuus muiden strategioiden kanssa, toimintamallit, resurssit, seuranta ja arviointi, osa-alueiden tasapaino ja suhde alkutilanteeseen.

Opetus- ja kulttuuriministeriö tukee ennaltaehkäisevää huume- ja päihdetyötä rahoittamalla nuorten huumeiden käytön ennaltaehkäisyn toimintaedellytysten parantamista, henkilöstön ja vapaaehtoisten koulutusta sekä pitkäaikaisia projekteja. Huumeiden käytön ennaltaehkäisy on mukana myös muussa nuorisotoiminnassa, kuten nuorten työpajoissa, leiritoiminnassa ja nuorten ohjatuissa harrastuksissa. Mahdollisuuksien mukaan tuetaan nuorten elämäntapavalintoihin liittyviä valistus- ja kasvatusprojekteja.

3.2 Ehkäisevä päihdetyö osana nuorisopolitiikkaa ja nuorisotyötä

Nuorisotyö ja -politiikka

Nuorisolain mukaisen Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2012–2015 päihde-ehkäisyyn liittyviä osioita on toteutettu OKM:n koordinoimana yhteistyössä STM:n ja SM:n kanssa ja nuorisotyön menetelmiä on kehitetty myös ehkäisevän päihdetyön näkökulmasta.

Valtakunnallisen nuorisoalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimi on julkaissut kirjan yhdessä Kirkkohallituksen ja Helsingin NMKY:n kanssa päihdekasvatuksen eettisistä näkökulmista (Inkinen, Kokkonen & Ruuska 2012). Preventiimi julkaisee vuosittain tukimateriaaleja joista tunnetuin Mitä on nuorisoalan ehkäisevä päihdetyö? on saatavissa useana eri kieliversiona. Tukimateriaalissa määritellään nuorisoalan ehkäisevään päihdetyöhön kuuluvan nuorten sosiaalinen vahvistaminen, yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy. Yleisen ehkäisyn tarkoituksena nähdään ajankohtaisen tiedon antaminen nuorille. Terveystieteiden riskien käsittelyn lisäksi voidaan pohtia myös päihdeiden aiheuttamia vaikeuksista kaverisuhteissa, koulunkäynnissä ja perhe-elämässä. Asioiden käsitteilytavassa, näkökulmissa ja käytettävissä esimerkeissä tulisi lähteä mahdollisimman läheltä nuorten omaa kokemusmaailmaa. Pelkkä tiedon jakaminen ei riitä. On pyrittävä varmistamaan myös siitä, miten syntynyt ymmärrys vastaa heidän omaa kokemusmaailmaansa ja että nuorten osallisuus toteutuu päihdeasioista puhuttaessa. (Pylkkänen ym. 2009.)

Siinä missä aikuisille kohdennetussa ehkäisevässä työssä korostetaan usein terveyshaittoja ja riskitekijöitä, nuorten parissa ehkäisevää päihdetyötä voidaan tehdä puhumatta päihdeistä lainkaan ja keskittymällä nuoren kannalta tärkeiden asioiden käsittelyyn. Nuorisotyön yleinen ehkäisevä merkitys perustuu siihen, että nuori saa tarvittaessa ohjausta, apua ja tukea kasvu- ja sosiaalistumisprosessissa eteen tulleisiin kysymyksiin, joita hän ei välttämättä osaa ratkaista omatoimisesti. Olennaista on, että nuori kokee kaiken aikaa olevansa osallisena myös itse niiden asioiden ratkaisuisa, jotka hänen omaa elämäänsä koskevat. (Pylkkänen ym. 2009.)

Preventiimi on valtakunnallinen nuorisoalan ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus, joka tarjoaa laadukasta ja monipuolista tietoa ehkäisevästä päihdetyöstä nuorten parissa toimiville ammattilaisille. Preventiimiä hallinnoi Humanistinen ammattikorkeakoulu. Preventiimi kehittää nuorisoalan ehkäisevää päihdetyötä verkostoyhteistyön, ammattilisten täydennyskoulutusten ja tukimateriaalien avulla. Preventiimiverkostossa on yli 120 kumppanuusorganisaatiota, jotka edustavat kuntia, järjestöjä, säätiöitä ja oppi-

laitoksia. Preventiimiverkosto osallistuu aktiivisesti yhteiskehittäjyyteen ehkäisevässä päihdetyössä tuottaen materiaaleja, osallistuen tilaisuuksiin ja kirjoittaen julkaisuissa. Preventiimi on osa opetus- ja kulttuuriministeriön nuorisotyön palvelu- ja kehittämiss-keskusrakennetta. Nuorisokasvatuksen ehkäisevän päihdetyön osaamiskeskus Preventiimin verkkosivusto on osoitteessa www.preventiimi.fi.

Opetus- ja kulttuuriministeriö on nimennyt 14 toimijaa nuorisotyön valtakun-nallisiksi palvelu- ja kehittämiskeskuksiksi, jotka kehittävät alallaan nuorisotyötä. Huumeiden käytön ennaltaehkäisy on mukana nuorisotoiminnassa, kuten nuorten työpajoissa, valtakunnallisissa nuorisokeskuksissa ja ohjatussa harrastustoiminnassa. Erilaisilla hankkeilla on tuettu myös kouluissa tehtävää ehkäisevää työtä ja tuotettu erilaisia materiaaleja. Useita satoja nuoria on osallistunut kaikille nuorille suunnattuun kansainvälistä nuorisokasvatusohjelmaan, Avarttiin. Mahdollisuuksien mukaan tuetaan nuorten elämäntapavalintoihin liittyviä valistus- ja kasvatusprojekteja.

Yleinen ehkäisevä päihdetyö koulussa

Suomessa sovelletaan ehkäisevään päihdetyöhön koulujen osalta niin sanottua ympä-ristöstrategiaa (environmental strategy), jonka tavoite on tehdä koulusta kaikkineen oppilaalle turvallinen, riskejä vähentävä ympäristö. Koulu puolestaan on osa paikal-lista ehkäisevän päihdetyön verkostoa.

Koulun ehkäisevä päihdetyö koostuu

- päihdeopetuksesta ja -kasvatuksesta kaikille yhteisen opetuksen osana, mm. integroituna pakolliseen terveystieto-oppiaineeseen,
- terveen kasvun ja kehityksen tukemisesta,
- terveen ja turvallisen oppimisympäristön edistämisestä,
- kouluterveydenhuollon tuesta ja laajoista terveystarkastuksista,
- mahdollisuudesta saada ohjausta ja apua luottamuksellisesti,
- oppimisen tuesta, joka auttaa pysymään koulussa ja pärjäämään siellä,
- vapaa-ajan toiminnasta,
- koulun päihteiden ehkäisyä koskevasta opetussuunnitelmasta ja päihdepelisäännöistä, jotka mm. määrittelevät koulun toimintatavan päihteiden käyttöön liittyvissä tilanteissa,
- suunnittelusta ja opetellusta oikeanlaisesta ja oikea-aikaisesta puuttumisesta päihteiden käyttöön,
- yhteistyöstä kotien kanssa,
- yhteistyöstä päihdepalvelujen kanssa sekä
- yhteistyöstä muiden paikalliseen ehkäisevän päihdetyön verkostoon kuuluvien ammatti- ja kansalaistoimijoiden kanssa.

Arviointitutkimuksen mukaan Suomessa sekä opettajat että oppilaat ovat hyvin motivoituneita terveystieto-oppiaineeseen: Opettajien ja oppilaiden mielestä terve-

ystiedon opintunneilla keskustellaan paljon, ja huomattava osa oppilaista keskustelee oppituntien aiheista kavereidensa ja vanhempiensa kanssa. Opettajilta vaaditaan vuoden 2012 alusta, siirtymäkauden jälkeen, erityinen terveystiedon opettajan pätevyys. (Aira 2010.)

Koska päihdekasvatus ja -opetus on järjestetty osaksi koulun opetusohjelmaa, niin sanotuilla kouluihin suunnatuilla päihdekasvatusohjelmilla (school-based drug prevention programmes) on suomalaisessa strategiassa toissijainen rooli. Niiden käyttö on koulujen omassa päätösvallassa eikä sitä seurata järjestelmällisesti. Kuitenkin vuonna 2008 kaksi kolmasosaa yläkouluista järjesti terveystieteiden teemapäiviä ja useampi kuin joka kymmenes teemaviikkoja. (Aira 2010.)

Poliisi on huumeiden vastaisessa toiminnassa tehnyt tiivistä yhteistyötä koulujen kanssa ja nimennyt kouluille yhteyspoliisin. Koulu- ja lähipoliisitoiminnan avulla on pystytty luomaan toimivat yhteistyösuhteet. Poliisi on tiedottanut niin paikallisella kuin valtakunnallisella tasolla huumausainerikollisuuteen liittyvistä ilmiöistä, muuntohuumeista, tutkinnassa olleista huumausainerikoksista ja niiden taustoista. Tiedottamisen luonne on ollut ehkäisevää ja siinä on huomioitu erityisesti nuoret, joiden voidaan katsoa olevan alttiita huumekekeiluihin.

3.3 Valikoiva ehkäisevä päihdetyö

Nuorisotyön määrärahoista myönnettyillä avustuksilla on tuettu nuorten riskiryhmiin kohdistettuja ehkäisyhankkeita. Hankkeita ovat järjestäneet muun muassa kunnat, järjestöt, nuorten työpajat ja valtakunnalliset nuorisokeskukset. Erityisesti etsivää nuorisotyötä on kehitetty, ja tällä hetkellä toimii 230 etsivän työn työparia eri puolella Suomea. Nuorisotutkimusverkosto on yhteistyössä muun muassa THL:n kanssa tehnyt ehkäisevän päihdetyön tutkimusyhteistyötä.

Nuorten ahdistuksen ja päihteiden käytön kohtaamisesta ja mahdollisten ongelmien tunnistamisesta on kirjoitettu vanhemmille ja nuorten parissa työskenteleville opas, jossa kuvataan ahdistuneisuuden ja päihteiden käytön yhteyksiä. (Fröjd ym. 2009)

Hyvinvointia ja terveyden edistämistä lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa selvittäneissä kyselytutkimuksissa kysyttiin miten toimittiin kun epäiltiin huumeiden käyttöä. Huumetapauksia raportoitiin kaiken kaikkiaan erittäin vähän, tosin ammatillisissa oppilaitoksissa (n = 29) huomattavasti lukioita (n = 13) enemmän, mutta määrät olivat kuitenkin erittäin pieniä. Yleisemmin opettaja, ryhmänohjaaja tai rehtori pyrki keskustelemaan oppilaan kanssa. Ammatilliset oppilaitokset olivat selvästi aktiivisempia ohjaamaan oppilaan oppilaiden terveydenhuollon piiriin, mutta myös ottamaan yhteyttä alle 18-vuotiaan vanhempiin, lastensuojeluun ja poliisiin. (Rimpelä ym. 2009b; Väyrynen ym. 2009.)

Työpaikoilla tehtävillä huumausainetesteillä pyritään ehkäisemään huumeista aiheutuvia ongelmia ja mahdollisesti auttamaan varhaisessa hoitoonohjauksessa. Tämän toteuttamiseksi työpaikoille tulee laatia kirjallinen päihdeohjelma yhteistyössä työnantajien ja työntekijöiden kanssa.

Järjestöjen ehkäisevä huumetyö

Vuoden 2012 alusta alkaen Elämäntapaliitto ry, Terveys-Hälsan ry ja Elämä On Parasta Huumetta ry yhdistyivät Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:ksi. EHYT ry toimii koko maassa ja koko väestön parissa terveiden elämäntapojen edistämiseksi. Alkoholiin, tupakkaan ja huumeisiin liittyvän ehkäisevän työn ohella EHYT ry ehkäisee pelaa- misesta syntyviä haittoja sekä edistää päihteetöntä liikennettä. EHYT ry:n koordinaa- tioyksikkö organisoii muun muassa järjestöjen yhteisen huumetyöryhmän toimintaa. Työryhmä kehittää järjestöjen yhteistoimintaa huumetyön kentällä, toimii järjestöjen huumeekysymysten yleisenä asiantuntijafoorumina ja tekee huumausainepoliittista vaikuttamistoimintaa. Huumetyöryhmä on avoin verkosto, jossa on tällä hetkellä aktiivisena mukana EHYT ry:n lisäksi A-klinikkasäätiö, Irti Huumeista ry, Kriminaa- lihuollon tukisäätiö, Music Against Drugs ry, Omaiset Huumetyön Tukena ry, Stop Huumeille ry, Suomen Lumme ry, Suomen Punainen Risti ja YAD Youth Against Drugs ry. Lisäksi mukana on THL:n asiantuntijajäsen. Vuonna 2014 huumetyöryhmä tuotti muun muassa kannabista ja muuntohuumeita käsitelleet seminaarisessiot valta- kunnallisille Päihdepäiville, Ajankohtaista huumausaineista -esitteen ja laajan muis- tion koskien päihdehuoltolain uudistamisen tarpeita.

A-klinikkasäätiö jatkoi vuonna 2012 huumeiden käyttöön liittyvää terveys- ja sosiaa- lineuvontaa, etsivää työtä, vertaistoimintaa, korvaushoitoa, vieroitushoitoa, terapeutista työtä A-klinikoilla ja nuorisoasemilla, lääketeetöntä ja tukilääkityksellä toteutettavaa laitostuntoutusta sekä yhteisöhoitoa. Huumeet olivat teemana monissa tutkimuksissa ja opinnäytetöissä sekä kehittämisprojekteissa - kuten vuodesta 2001 toteutetussa Huuko-toiminnassa, joka vuonna 2012 verkostoi päihde- ja mielenterveystoimijoita. A-klinikkasäätiön VERKOTTAJA - Päihde- ja mielenterveystyön kokemuksesta, vertai- suutta ja ammattiapua 2013–2016 -hanke jatkaa Huuko-toiminnan hyvien käytäntöjen kehittämistä ja levittämistä. Huumeet olivat vahvasti esillä myös A-klinikkasäätiön viestinnässä sekä sähköisissä palveluissa, joissa etenkin vuonna 1996 julkaistu verk- kopalvelu Päihdelinkki tavoittaa kuukausittain keskimäärin 130 000 eri kävijää. Tämä kaikkia päihhteitä ja riippuvuuksia käsittelevä palvelu tarjoaa kansalaisille ja ammatti- laisille tietoa, testejä, vertaistukea ja neuvontaa. Huumeidenkäyttäjien tartuntatautien ehkäisy ja haittojen vähentäminen -hanke julkaisi 2013 Seonveressä.fi sivuston. Sivusto sisältää luotettavaa tietoa C-hepatiitista: sen ehkäisystä, testaamisesta, tarttumisesta ja hoidosta. Sivusto on suunnattu tartuntaa epäileville, C-hepatiittia sairastaville, heidän läheisilleen ja terveydenhuollon ammattilaisille sekä muille asiasta kiinnostuneille.

Vinkki.info-sivusto uudistui vuonna 2013. Se on valtakunnallinen haittojen vähentä- miseen keskittyvä, päihhteidenkäyttäjien terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden nettisi- vusto. Sivusto on tarkoitettu terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden asiakkaille, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja muille asiasta kiinnostuneille. A-klinikkasäätiön palveluja kehitetään yhdessä asiakkaiden ja yhteistyökumppanien kanssa.

Irti Huumeista ry on vuodesta 1984 toiminut valtakunnallinen ehkäisevän ja kor- jaavan päihdetyön vapaaehtoisjärjestö. Toiminnan tarkoituksena on huumeiden käytön ennaltaehkäisy, huumeiden käyttäjien tukeminen käytön lopettamiseksi, käyttäjien

läheisten tukeminen, vaikuttaminen ehkäisevän ja korjaavan huumetyön kehittämiseksi, työskentely rajoittavan huumausainepolitiikan säilyttämiseksi ja huumeiden käyttäjien ja heidän läheistensä edunvalvonta. Yhdistyksen ammatillinen yksikkö, Läheis- ja perhetyön keskus, tekee perhekeskeistä huumetyötä matalan kynnyksen tukipisteenä pääkaupunkiseudulla ja valtakunnallisesti. Irta Huumeista ry:n aluetoiminnan kehittämisprosessi aloitettiin vuonna 2013. Vuonna 2014 järjestö juhli 30-vuotista taivaltaan. Juhlavuoden aikana järjestön verkkosivut ja visuaalinen ilme uudistettiin. Lisäksi järjestettiin ”30 vuotta perhekeskeistä päihdetyötä” -alueseminaareja. Merkkivuoden suojelijana toimi presidentti Sauli Niinistö.

Music Against Drugs ry on valtakunnallinen, lasten ja nuorten terveyttä, sosiaalista hyvinvointia ja osallisuutta edistävä ehkäisevän päihdetyön järjestö. Järjestö saattaa lapset ja nuoret yhteen valtakunnallisten ja alueellisten järjestöjen laadukkaiden toimintojen kanssa ja jalkauttaa ehkäisevän päihdetyön tunnistettuja hyviä käytänteitä ja osaamista kuntatoimijoille sekä kannustaa heitä moniammatilliseen, monialaiseen sekä seutukunnalliseen yhteistyöhön. Toiminta jalkautuu Music Against Drugs -kokonaisuuksien kautta, joita on tähän mennessä toteutettu 21 kertaa 28 kunnassa eri puolella Suomea. Music Against Drugs -kokonaisuuksien ohella toinen järjestön keskeinen toimintamuoto on sen tekemä valtakunnallinen nuorisotyö. Kaikilla 13 vuotta täyttäneillä nuorilla on mahdollisuus liittyä Music Against Drugs -agentiksi tai vapaaehtoisiksi asuinpaikastaan riippumatta. Toiminta on maksutonta, eikä agentiksi tai vapaaehtoiseksi liittyminen velvoita mihinkään. Music Against Drugs -agenteille ja vapaaehtoisille järjestetään muun muassa viikoittaisia online-chatteja sekä nuoria ympäri Suomea kokoavia miittejä.

Omaiset Huumetyön Tukena ry (OHT ry) on vuonna 2000 perustettu poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton kansalaisjärjestö, jonka tavoitteena on kehittää päihteitä käyttäville ja kuntoutuville asiakkaille suunnattuja avohoidollisia palveluja sekä tukea ja auttaa niin päihteitä käyttäviä, kuntoutuvia kuin heidän läheisiään. OmaTila (Avoinmet ovet, palveluohjaus), Elämäntaitoryhmät, Verna-osahanke/Osis, SATU – palveluohjausta ja tukitoimintaa sairaalaympäristössä -hanke, Korvaushoidon Jälkipolku- ja Jälkipolku hoito-ohjelma sekä vanhempainryhmä muodostavat toimivan palvelukokonaisuuden. Yhdistyksellä on myös Sopi Jikko -kehitysyhteistyöhanke Senegalissa, jonka tavoitteena on kehittää yhdessä paikallisten toimijoiden kanssa Senegaliin soveltuva huume-kuntoutusmalli.

YAD Youth Against Drugs ry on 1988 perustettu valtakunnallinen nuorten ja nuorten aikuisten kansalaistoimintaan keskeisesti nojaava ehkäisevän huumetyön yhdistys. Ajantasainen, vertaisvaikuttajuutta hyödyntävä huume-ehkäisy ja sitä tukevat tieto- ja asennemateriaalit ovat toiminnan keskiössä. YAD on kehittänyt erityisesti nuorille sopivaa verkosta käsin ohjattua valtakunnallista vapaaehtoistyön ja osallistamisen mallia, Street Teamiä. Vuonna 2014 yhdistys tarjoaa toiminta- ja työllistämismahdollisuuksia myös huumeriippuvuudesta toipuville ja kehittää toipuvien kokemusasiantuntijatoimintaa ehkäisevään huumetyöhön.

Suomen Punainen Risti aloitti päihdetyön vuonna 2000 ja nyt toiminnassa on mukana 800 päihdetyöhön sitoutunutta ja koulutettua vapaaehtoista. Päätoimintamuoto-

dot ovat ehkäisevä sekä ohjaava ja tukeva päihdetyö. Kesällä 2014 päihdetyön vapaaehtoiset toimivat noin 50 festarilla jakaen 7 000 Särkyvää -festariselviytymisettiä ja keskustellen asiakaslähtöisesti tuhansien juhlijoiden kanssa. SPR:n päihdetyön selviämisasemilla kohdattiin noin 200 päihtymystilansa vuoksi apua tarvitsevaa. Talvella järjestetään kansalaisten arjessa toteutettavia Päihdeinfoja ja koulutetaan erilaisia ryhmiä nuorista ikäihmisiin. Uutena toimintamuotona 2014 aloitettiin siviilipalvelusmiesten päihdekoulutus.

3.4 Kohdennettu ehkäisevä päihdetyö

Nuorten kohdennettu ehkäisy tapahtuu usein nuorisohuoltolaitoksissa, nuorten kuntoutusyksiköissä sekä työpajoilla. Nuorten päihdehoito ja kuntoutus on myös kohdennettua ehkäisyä, jolla pyritään ehkäisemään paluu päihdemyönteiseen elämäntapaan. (Pylkkänen ym. 2009.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos julkaisi vuonna 2009 oppaan mielenterveys- ja päihdeongelmien varhaisesta tunnistamisesta. Opas on tarkoitettu asiakastyötä tekevien terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten käyttöön helpottamaan nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamista ja seulomista. Se tarjoaa mittareita erilaisten riskien arviointiin sekä käytännönläheisiä neuvoja ehkäisytyöhön. Huumausaineiden osalta oppaassa korostetaan luottamuksellisen potilassuhteen tärkeyttä sekä työntekijöiden riittäviä perustietoja huumausaineista. Opas ei suosittele huumausainetestien rutiininomaista käyttöä huumausaineiden käytön tunnistamisessa. Parhaiten testaus soveltuu käytettäväksi käyttäytymisen muutokseen kannustavan hoitosuhteen osana. (THL 2009a.)

Nuorten rikoksentehtäjäiden rikoksiin on puututtu varhaisessa vaiheessa yhteistyössä eri viranomaisien kanssa. Poliisin puuttumisen tavoitteena on ollut ennalta estää rikoskierteen ja päihderiippuvuuden syntyminen. Poliisin sekä sosiaali- ja terveydenhuoltoviranomaisien yhteistyöllä on panostettu muun muassa lasten ja nuorten aseman parantamiseen ongelmaperheissä, joissa vanhemmilla on useinkin ollut päihdetaustaa.

Syyttäjien huumausaineen käyttörikosta koskevan ohjeen mukaan huumausaineen käyttörikoksesta ensimmäisen kerran kiinni jääneelle alle 18-vuotiaalle on säännönmukaisesti järjestettävä puhuttelutilaisuus, joka tähtää sakottamisen sijasta seuraamusluonteiseen syyttämättä jättämiseen ja suullisen huomautuksen antamiseen. Puhuttelutilaisuuteen osallistuvat nuoren ja hänen huoltajansa lisäksi poliisi, syyttäjä ja sosiaaliviranomaisen edustaja. Puhuttelua ja sen seurauksena tehtyä syyttämättä jättämistä käytettiin 40 kertaa vuonna 2008, 66 kertaa vuonna 2009 ja 161 kertaa vuonna 2010. Puhuttelutilaisuuksien määrän kasvua voi tässä tapauksessa pitää hyvänä, koska se kertoo lähinnä toiminnan kehittymisestä ja syyttäjien puhutteluaktiivisuuden kasvusta. Kun vielä vuonna 2008 viidessä syyttäjänvirastossa ei järjestetty lainkaan puhuttelua, vuonna 2010 puhuttelua järjestettiin jo kaikissa paitsi yhdessä virastossa.

Terveysneuvontapisteissä tehdään riskiryhmäehkäisyä. Kunnat ja järjestöt tekevät myös etsivää työtä, jolla pyritään tavoittamaan palveluiden piiriin kuulumattomia

yksilöitä kuten koulupudokkaita tai huumeiden käyttäjiä, jotka eivät käytä terveysneuvontapisteiden palveluita. Kohdennettua tietoa huumeiden käytön riskeistä annetaan myös järjestöjen toimesta erilaisissa toimintaympäristöissä kuten rockfestivaaleilla tai konemusiikkitapahtumissa. (Ks. mm. Punainen Risti 2010; YAD 2011.)

3.5 Valtakunnalliset ja paikalliset mediakampanjat

Vuosittain järjestetään liikenneraittius- ja vesiturvallisuuskampanjat, joissa kaikki päihteet on otettu huomioon. Samoin vuosittaiseen Ehkäisevän päihdetyön viikkoon (viikko 45) liittyy yleinen päihdeviestintäkampanja. Kaksi radioasemaa, Radio Auran Aallot ja Radio Melodia, järjestävät tuolla viikolla vuosittain alueellisen huumeidenvastaisen tiedotuskampanjan yhteistyössä opetustoimen, Turun Tullin, Irti Huumeista ry:n ja kampanjaa tukevien yhteistyöyritysten kanssa.

4 Huumeiden ongelmakäyttö

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien määrää arvioidaan Suomessa amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjien määrällä, joka oli 18 000–30 000 vuonna 2012, eli koko maan osalta 0,55–0,9 prosenttia maan 15–64-vuotiaasta väestöstä.

THL:n huumehoidon tiedonkeruun vuoden 2013 tietojen mukaan opioidit olivat vuonna 2013 ensisijainen ongelmapäihde 59 prosentilla huumehoitoon hakeutuneista ja 75 prosentilla huumehoidon asiakkaista oli opioidien käyttöä. Buprenorfiini, jota käytetään myös korvaushoitolääkkeenä, oli yleisimmin väärinkäytetty opioidi. Päihteiden sekakäyttö oli yleistä. Huumehoidon asiakkaista 62 prosentilla oli ainakin kolme ongelmapäihdettä. Kannabiksen ongelmallista käyttöä oli 57 prosentilla, stimulanttien 51 prosentilla, rauhoittavien lääkkeiden 47 prosentilla ja alkoholin 38 prosentilla asiakkaista (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013).

Nämä tulokset heijastavat hoidon tarjontaa: opioidikorvaushoitoa on toistaiseksi olemassa vain opioidien käyttäjille. Opioideihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä peräti kolmanneksella koko asiakaskunnasta. Vaikka ongelmallisimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttävät sekä amfetamiineja että opiaatteja, suomalaisen huumeiden käytön kova ydin on sekakäytössä, jossa keskeistä osaa näyttelevät kivunlievitykseen tarkoitetut opioidipohjaiset lääkeaineet ja rauhoittavat lääkeaineet (bentsodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis.

Tutkimusten mukaan alkoholi on pääasiallinen ongelmapäihde Suomessa. Huumeiden ongelmakäyttö yhteiskunnallisena ongelmana on varsin tuore. Suomessa tyyppillistä on ongelmakäyttäjien suhteellisen nuori ikä ja tästä johtuva suhteellisen lyhyt käyttöhistoria, vaikka käyttäjäkunta onkin selvästi vanhentunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Suomalaiselle erityinen piirre on myös buprenorfiinin keskeinen asema pistoskäytössä. Useat huumeiden käyttäjät ovat monella tavalla syrjäytyneitä ja heillä on päihdeongelmien lisäksi monia muita sekä sosiaalisia että terveyteen liittyviä ongelmia.

4.1 Huumeiden ongelmakäyttö tilastoarvioiden perusteella

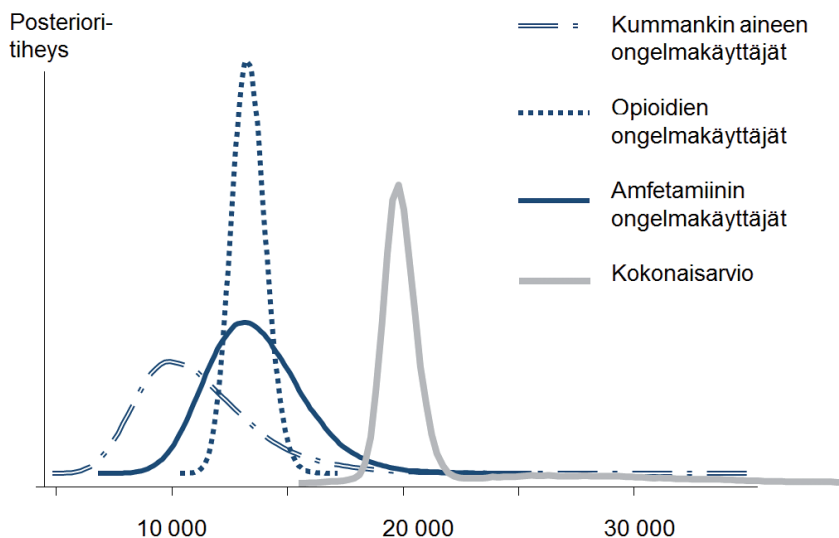
Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttöä selvittäviä rekisteritutkimuksia on tehty Suomessa vuodesta 1997 lähtien. Ensimmäinen arvio koski pääkaupunkiseutua vuonna 1995 (Partanen 1997), vuodesta 1997 lähtien tiedot on kerätty koko maasta ja vuodesta 1998 lähtien myös alueellisesti. Rekistereinä on käytetty alun alkaen sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteriä, poliisiasiain tietojärjestelmää, huumaantuneena ajaneiden rekisteriä sekä valtakunnallisen tartuntatautirekisterin C-hepatiittitapauksia. Tilastolliset arviot on tehty merkintä-takaisinpyyntimenetelmällä. (Partanen 1997; Partanen & al. 2000; 2001; 2004; 2007; Seppälä & al. 1999).

Saatujen arvioiden mukaan vuonna 2012 Suomessa oli noin 18 000–30 000 amfetamiinien tai opioidien ongelmakäyttäjää (taulukko 4). Väestötasoon suhteutettuna tämä tarkoittaa 0,55–0,90 prosenttia 15–64-vuotiaista suomalaisista. (Ollgren ym. 2014.)

Taulukko 4. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjien määrän kokonaisarviot iän ja sukupuolen mukaan sekä väestöosuuksina (PATJA, HILMO, TTR).

	min	keskiluku	max	Väestöosuus	
				min	max
Kokonaisarvio	18 400	20 800	30 200	0,55 %	0,90 %
15–24-vuotiaita	3 500	3 900	4 300	0,56 %	0,68 %
25–34-vuotiaita	8 000	10 400	13 100	1,27 %	2,07 %
35–44-vuotiaita	4 000	5 000	7 700	0,64 %	1,25 %
45–54-vuotiaita	1 100	1 800	2 600	0,15 %	0,37 %
55–64-vuotiaita	300	1 100	3 000	0,04 %	0,40 %
Miehiä	13 500	14 900	21 000	0,80 %	1,50 %
Naisia	4 900	5 900	9 200	0,29 %	0,55 %

Ongelmakäytön esiintyvyyttä raportoidaan pääosin luottamusvälinä (min–max). Kuviossa 5 esitetään ongelmakäyttäjien määrän arvioiden posteriorijakaumat. Kunkin käyrän korkein arvo y-akselilla osoittaa x-akselilla kaikkein todennäköisintä ongelmakäyttäjääarviota (moodi). Koska jakaumat (ns. posteriorijakaumat) ovat vinoja oikealle, todennäköisimmät arviot ovat luottamusvälin keskikohdan ympäristössä ja sen alapuolella. Kokonaisarvion keskiluvut on esitetty myös taulukossa 4 ja niitä on hyödynnetty myös osuuksien laskennassa. (Ollgren ym. 2014.)



Kuvio 5. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjien määrän arviot.

Taulukossa 4 esitetyt kokonaisarviot on laskettu kolmen rekisterin (PATJA, HILMO, TTR) perusteella ja niitä on pidettävä luotettavampina kuin kahden rekisterin (PATJA, HILMO) perusteella laskettuja ainekohtaisia arvioita, jotka on esitetty taulukossa 5. Ainekohtaisia arvioita ei voi laskea yhteen koska ongelmakäyttäjillä voi olla rekisterimerkintöjä sekä opioideista että amfetamiineista. Eri rekisteriyhdistelmillä lasketut luvut vastaavat kuitenkin pääpiirteittäin hyvin toisiaan, joskin nuorimman ikäryhmän amfetamiininkäyttäjien arvio (taulukko 5) on suurempi kuin ikäryhmän kokonaisarvio (taulukko 4). Tämä johtuu siitä, että päällekkäisiä havaintoja 15–24-vuotiailla amfetamiininkäyttäjillä on vähän, jolloin ainekohtainen arvio nousee korkeammaksi kuin vakaammassa kokonaisarviossa. (Ollgren ym. 2014.)

Taulukko 5. Ainekohtaiset ongelmakäyttäjien määrän arviot ja väestöosuudet iän ja sukupuolen perusteella (PATJA, HILMO).

	Amfetamiinin käyttäjiä				Opioidien käyttäjiä			
	min	max	Väestöosuus		min	max	Väestöosuus	
			min	max			min	max
Kokonaisarvio	11 000	17 800	0,33 %	0,53 %	12 700	15 100	0,38 %	0,45 %
15–24-vuotiaita	3 600	5 500	0,57 %	0,87 %	2 100	2 500	0,34 %	0,40 %
25–34-vuotiaita	4 500	6 800	0,72 %	1,08 %	5 500	7 200	0,87 %	1,14 %
35–44-vuotiaita	2 300	3 500	0,37 %	0,56 %	2 700	3 600	0,44 %	0,58 %
45–54-vuotiaita	700	1 200	0,10 %	0,16 %	900	1 500	0,12 %	0,21 %
55–64-vuotiaita	200	1 800	0,02 %	0,24 %	500	2 600	0,06 %	0,35 %
Miehiä	7 700	11 900	0,46 %	0,70 %	8 300	9 900	0,49 %	0,58 %
Naisia	3 300	5 900	0,20 %	0,35 %	4 400	5 200	0,26 %	0,31 %

Amfetamiinin ongelmakäyttäjien määräksi Suomessa arvioidaan tämän rekisteritutkimuksen perusteella 11 000–18 000 ja opioidien ongelmakäyttäjien määräksi 13 000–15 000 henkilöä (taulukko 5). Kumpaakin ainetta samanaikaisesti käyttävien määrän (7 500–15 500, kuvio 5) arviointi oli menetelmällisesti hankalaa. Siksi tässä artikkelissa on päädytty raportoimaan ongelmakäyttäjät ainekohtaisesti, vaikka kumpikin ryhmä pitää sisällään myös sellaisia henkilöitä, jotka käyttävät ongelmallisesti sekä amfetamiineja että opioideja. (Ollgren ym. 2014.)

Naisia ongelmakäyttäjistä arvioidaan olevan noin 5 000–9 000 (taulukko 4). Kaiken kaikkiaan naisia on noin kolmannes ongelmakäyttäjistä (keskiluku 29 %). Opioidien käyttäjistä hieman suurempi osuus on naisia (35 %) kuin amfetamiinien käyttäjistä (32 %). Amfetamiinien käyttäjissä naisten osuus eri ikäryhmissä on tasainen, mutta opioidien ongelmakäyttäjien nuorimmassa ikäryhmässä naisten osuus on peräti 45 prosenttia. Naisten osuus opioidien käyttäjistä vähenee tasaisesti vanhemmissa ikäluokissa. (Ollgren ym. 2014.)

Ongelmakäyttäjiiä on eniten 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä (8 000–13 000), eli ongelmakäyttäjien väestöosuuden tässä ikäryhmässä arvioidaan olevan 1,3–2 prosenttia (taulukko 4). Kaikista ongelmakäyttäjistä, sekä miehistä että naisista, tämän ikäisiä käyttäjiä on lähes puolet (44 %). Opioidien käyttäjiä (45 %) on 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä jonkin verran enemmän kuin amfetamiinien käyttäjiä (40 %). Miesten toiseksi suurin ikäryhmä on 35–44-vuotiaat. Naisten ikäryhmistä 15–24-vuotiaita ongelmakäyttäjiiä on lähes yhtä paljon kuin 25–34-vuotiaita (taulukko 6). Nuorin eli 15–24-vuotiaiden ikäluokka on ainoa, jossa amfetamiinien käyttäjiä (0,57–0,87 %) on selvästi enemmän kuin opioidien käyttäjiä (0,34–0,40 %) (taulukko 5). (Ollgren ym. 2014.)

Taulukko 6. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjien määrä iän ja sukupuolen mukaan (PATJA, HILMO, TTR).

	Miehet		Naiset	
	min	max	min	max
15–24-vuotiaita	2 400	3 400	1 200	2 400
25–34-vuotiaita	5 800	7 300	1 500	2 600
35–44-vuotiaita	3 500	5 000	800	1 600

Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttöä esiintyy kaikkialla Suomessa (taulukko 7). Ongelmakäyttäjistä noin kolmasosa on pääkaupunkiseudulla²⁰ ja puolet Etelä-Suomen aluehallintoviraston alueella²¹. Väestöosuuksien tarkastelu osoittaa, että pääkaupunkiseudulla ongelmakäyttäjää on muuta maata enemmän ja tämä heijastuu myös muun Etelä-Suomeen väestöosuuksiin. Itä-Suomessa alueelliset osuudet ovat Etelä-Suomen jälkeen suurimmat ja ovat samalla tasolla Lounais-Suomen kanssa. Lapin ja Pohjois-Suomen luvuissa on suurehko vaihteluväli, joka johtunee amfetamiini-rekisterimerkintöjen pienestä määrästä. Länsi- ja Sisä-Suomen väestöosuudet ovat pienimmät. Kokonaisuudessaan väestöön suhteutetut erot alueiden välillä ovat pieniä. (Ollgren ym. 2014.)

Taulukko 7. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjien määrän kokonaisarviot iän ja sukupuolen mukaan sekä väestöosuuksina alueittain (PATJA, HILMO, TTR).

	min	max	min	max
Kokonaisarvio	18 400	30 200	0,55 %	0,90 %
Etelä-Suomi	8 500	16 300	0,57 %	1,09 %
Länsi- ja Sisä-Suomi	3 600	5 700	0,47 %	0,73 %
Itä-Suomi	1 800	3 300	0,51 %	0,93 %
Pohjois-Suomi ja Lappi	1 600	3 900	0,37 %	0,92 %
Lounais-Suomi	2 300	3 800	0,52 %	0,86 %
Pääkaupunkiseutu	5 600	10 300	0,73 %	1,34 %

Amfetamiinien ongelmakäyttö keskittyy hieman enemmän Etelä-Suomeen, kun taas opioidien käyttö jakaantuu tasaisemmin (taulukko 8) koko maahan. Ongelmakäyttäjät ovat pääkaupunkiseudulla saman ikäisiä kuin koko maassa eli viidennes (21 %) ongelmakäyttäjistä oli 15–24-vuotiaita ja lähes puolet (46 %) 25–34-vuotiaita. (Ollgren ym. 2014.)

²⁰ Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen.

²¹ Kattaa Etelä-Karjalan, Kanta-Hämeen, Kymenlaakson, Päijät-Hämeen ja Uusimaan

Taulukko 8. Ainekohtaiset ongelmakäyttäjien määrän arviot ja väestöosuudet alueittain (PATJA, HILMO).

	Amfetamiinin käyttäjiä				Opioidien käyttäjiä			
	min	max	Väestöosuus		min	max	Väestöosuus	
			min	max			min	max
Kokonaisarvio	11 000	17 800	0,33 %	0,53 %	12 700	15 100	0,46 %	0,54 %
Etelä-Suomi	3 600	5 500	0,41 %	0,68 %	5 700	6 500	0,38 %	0,44 %
Länsi- ja Sisä-Suomi	4 500	6 800	0,22 %	0,35 %	1 900	2 400	0,24 %	0,32 %
Itä-Suomi	2 300	3 500	0,33 %	0,52 %	1 300	1 900	0,36 %	0,52 %
Pohjois-Suomi ja Lappi	700	1 200	0,24 %	0,66 %	1 100	1 800	0,25 %	0,42 %
Lounais-Suomi	200	1 800	0,28 %	0,51 %	1 600	2 000	0,36 %	0,45 %
Pääkaupunkiseutu	3 700	5 900	0,48 %	0,77 %	3 500	4 200	0,38 %	0,44 %

Uusimman rekisteritutkimuksen vertaaminen aikaisemmin tehtyihin vastaaviin tutkimuksiin (Partanen 1997; Partanen & al. 2000; 2001; 2004; 2007; Seppälä & al. 1999) on vaikeaa useasta eri syystä. Uusimman tutkimuksen poiminnassa ja käytetyissä tilastollisissa menetelmissä on huomattavia eroja verrattuna aiempiin tutkimusvuosiin. Lisäksi rekisteröintikäytännöt ovat nykyään aikaisempaa kattavampia. Esimerkiksi opioidikorvaushoidon yleistyminen on vaikuttanut siihen, että opioidien käyttäjät pääsevät aikaisempaa paremmin hoitoon ja he näkyvät myös rekistereissä. Tästä syystä tuloksia ei voi suoraan verrata aiempiin arvioihin. Toisaalta tulosten perusteella on mahdollista esittää varovaisia arvioita tapahtuneista muutoksista. (Ollgren ym. 2014.)

Vuonna 2005 amfetamiinin ja opioidien ongelmakäyttäjää arvioitiin olevan 14 500–19 100, kun vuonna 2012 arvioksi saatiin 18 000–30 000. Käyttäjien määrä vaikuttaa lisääntyneen, mutta määrän kasvu voi olla seurausta myös muista syistä, kuten edellä kuvatuista muutoksista rekisterikäytännöissä. Toisaalta on mahdollista, että huumeiden ongelmakäyttäjien absoluuttisessa määrässä on tapahtunut jonkin verran todellista kasvua sitten vuoden 2005, mihin viittaavat myös muut tiedot. (Ollgren ym. 2014.)

Taulukko 9. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjien osuudet sukupuolittain, ikäryhmittäin ja alueittain.

	Kaikki			Opioidien käyttäjistä			Amfetamiinin käyttäjistä			Sekä opioidi- että amfetamiini		
	min	keskiluku	max	min	keskiluku	max	min	keskiluku	max	min	keskiluku	max
Naisten osuus	26	29	30	33,1	34,6	36	27	32,1	36,7	22	24	26
15–24-vuotiaiden osuus	18	20	21	16	17	18	30	32	34	22	24	27
25–34-vuotiaiden osuus	40	44	46	38	45	50	38	40	41	48	51	53
34–44-vuotiaiden osuus	20	23	25	20	23	25	19	20	21	18	20	22
45–54-vuotiaiden osuus	6	8	12	7	8	11	6	7	8	3	6	7
55–64-vuotiaiden osuus	2	5	13	4	8	17	1	4	12	0	1	2
Pää-kaupunki-seudun osuus	30	31	32	26,7	27,6	28,9	28,5	32	39,6	25	36	47
Etelä-Suomen osuus	47	49	50	43	43,9	44,8	51	55	65,6	41	50	62
Länsi- ja Sisä-Suomen osuus	18	19	19	13	15	17	14	15	17	11	19	24
Itä-Suomen osuus	10	11	13	9	11	13	9	10	12	3	8	15
Pohjois-Suomen ja Lapin osuus	8	12	14	8	10	13	8	10	18	9	13	28
Lounais-Suomen osuus	12	13	14	12	13	14	9	12	14	9	12	15

4.2 Huumeiden ongelmakäyttö muiden huumeindikaattorien mukaan

Toinen huumeaalto 2000-luvun vaihteessa näkyi Suomessa muun muassa heroiinin yliannostuskuolemina. Ongelmakäyttöä epäsuorasti heijastavissa huumeasainekuolematilastoissa buprenorfiini on ollut heroiinia yleisempi löydös vuodesta 2002. Oikeuslääketieteellisissä ruumiinavauksissa buprenorfiinilöydösten määrä on kasvanut vuosittain 2000-luvulla vuoden 2000 alle 10 tapauksesta 197 tapaukseen vuonna 2011. Toisaalta samana ajan jaksena myös kannabis- ja amfetamiini löydösten määrä on lisääntynyt puolella, yli sataan tapaukseen vuodessa. Heroiinkuolemien samoin kuin kokaiinikuolemien määrä on pysynyt koko aikavälin muutamissa tapauksissa vuosittain.²²

Lääkeopioideihin liittyvien hoitajaksojen suhteellinen osuuden kasvu näkyy selvästi hoitoa käsittelevissä tilastoissa. Huumehoidon tiedonkeruun aineistosta jo 72 prosentilla on ongelmallista lääkeopidien käyttöä (ks. kuvio 8).

Sairaaloissa²³ 2000-luvulla opiidien käyttöön liittyvien hoitajaksojen ja hoitovuorokausien määrä on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa. Muiden huumeiden osalta sairaaloiden hoitajaksojen ja hoitovuorokausien määrä on kymmenessä vuodessa vähentynyt tai pysynyt ennallaan. Poikkeuksena ovat stimulanttien (amfetamiini ja kokaiini) hoitovuorokaudet, joiden osuus on kymmenessä vuodessa jonkin verran vähentynyt ja kannabiksen noussut. (Kts. luku 6.2 Huumesairaudet terveydenhuollossa.)

Sairastavuustilastointitutkimuksessa²⁴ huumeiden käytön aiheuttamien käyttäytymishäiriöiden ja elimellisten aivo-oireyhtymien ikävakioitu esiintyvyys oli vuonna 2009 miehillä 16,5/10 000 ja naisilla 8,1/10 000. Miehillä esiintyvyys oli noin kaksinkertainen naisiin nähden. Absoluuttiset lukumäärät olivat 4 141 (miehet) ja 2 071 (naiset). Huumeiden aiheuttamien elimellisten aivo-oireyhtymien ja käyttäytymisen häiriöiden ikävakioitu esiintyvyys kasvoi vuosina 2005–2009 sekä miehillä että naisilla lähes neljänneksen (Gissler ym. 2012).

Edellä esitetystä huolimatta on epäselvää missä määrin huumeiden ongelmakäyttö on lisääntynyt 2000-luvulla, jos ollenkaan. Samoin on epäselvää, onko opiidien käytön osuus kasvanut. Korvaushoitoasiakkaiden määrä on moninkertaistunut ja sekä ongelmakäyttäjät että hoitohenkilökunta ovat hyvin tietoisia opiidiriippuvuuteen tarjolla olevasta hoidosta. Toisaalta opiidien ongelmakäyttäjät ovat myös todennäköisemmin päihdehuollon asiakkaita kuin muiden huumeasainneiden käyttäjät. Opiidien käyttö indikoi usein myös selvästä hoidon tarpeesta: erilaisten huumeiden sekakäyttö on jatkunut jo vuosia ja käyttö tapahtuu usein pistämällä. Myös opiidien vieroitusoireita on mahdollista lääkittää tehokkaammin kuin muista huumeasaineista vieroittautumista.

22 Ks. alaluku 6.3: Huumeasainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus.

23 Kattaa kaiken terveydenhuollon ympärivuorokautisen hoidon kun päädiagnoosina F11–F16 tai F18–19 (ICD-10 luokittelu). Myrkytystapaukset on jätetty tarkastelun ulkopuolelle. On tärkeää huomata, että sairaaloiden hoito on vain osa kaikesta huumehoidosta.

24 Tutkimuksessa yhdistettiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin sekä Kelan vammaisuusrekisterin tiedot. Tutkimus käsitteli kaikkia huumeidiagnooseja F11–F16, F18, F19. Tutkimus keskittyy terveydenhuollon sairaaloihin, koska sosiaalihuollon laitokset eivät juuri käytä ICD-10 koodeja ja päihdehuollon avohuolto ei ollut mukana tutkimuksessa.

Onkin hyvä, että opioidien käyttöön annetaan aiempaa enemmän hoitoa. Epäselvää kuitenkin on, onko vastaavasti muiden huumeiden käyttäjien hoitoon pääsy hankaloitunut. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Huumehoidon tiedonkeruu

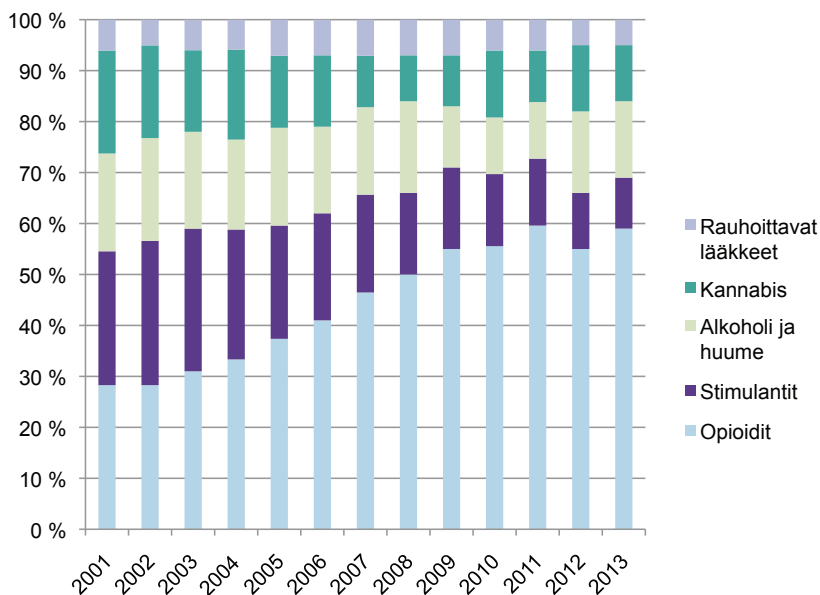
THL:n vuosittaisen huumehoidon tiedonkeruun²⁵ huumeasiakkaat olivat pääosin miehiä (68 %) ja valtaosin 20–34-vuotiaita (63 %). Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työssäkäynti tai opiskelu harvinaista (21 %). Asunnottomia oli 9 prosenttia. Suurin osa huumeasiakkaista oli ollut jo aiemmin päihdehoidossa (87 %) ja käyttänyt huumeita myös pistämällä (79 %). (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Kaiken kaikkiaan 77 prosentilla huumehoidon asiakkaista oli opioidien ongelmallista käyttöä tai opioidiriippuvuutta. Ensisijainen ongelmapäihde opioidit oli 59 prosentille tiedonkeruun asiakkaista (kuvio 6). Opioidiasiakkaiden osuus nousi erityisen merkittävästi 2000-luvun loppupuolella ja nousu vaikuttaa nyt pysähtyneen. Huumehoito näyttää kuitenkin selvästi keskittyneen juuri opioidiongelmaisten hoitoon. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Viime vuosina lähes kaikki opioidien käyttö Suomessa on ollut synteettisten lääkeopioideiden käyttöä. Näistä lääkeopioideista kahta, buprenorfinia ja metadonia, käytetään sekä päihteenä että vieroitus- tai korvaushoitolääkkeenä. Asianmukainen korvaushoitolääkkeen käyttö tapahtuu lääkärin ohjeiden mukaisesti suun kautta otettuna. Buprenorfiinin päihdekäytölle on tyypillistä pistokäyttö ja muiden päihteiden samanaikainen käyttö. Huumehoidon tiedonkeruu ei kykene täysin erottelemaan lääkeopioideiden asianmukaista ja laitonta käyttöä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Buprenorfiini on selvästi eniten väärinkäytetty yksittäinen opioidi. Se oli mainittu ensisijaisena ongelmapäihteenä 34 prosentilla asiakkaista. Buprenorfiinin ensisijaiseksi ongelmapäihdeksi maininneista peräti 86 prosenttia käytti ainetta pääosin pistämällä. 36 prosenttia näistä buprenorfiinin ongelmakäyttäjistä käytti ainetta päivittäin. Buprenorfiinin ongelmakäyttöä ei vastaavassa laajuudessa ole missään muualla Euroopassa (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013; EMCDDA 2014.)

25 Päihdehuollon huumeasiakkaat -tilastoraportti pohjautuu huumehoidon erillistiedonkeruun tietoihin. Vuonna 2012 tiedonkeruuseen osallistui 79 huumehoitoyksikköä ja tietoja toimitettiin 2 688 asiakkaasta. Tiedonkeruu on vapaaehtoinen yksiköille eikä sisällä asiakkaan tunnistetietoja. Tiedonkeruu kattaa arvioilta kolmanneksen annetusta huumehoidosta. Tässä raportoidut luvut sisältävät myös hoidossa jatkavat asiakkaat, joten aineisto on EMCDDA:n Treatment Demand Indicator TDI protokollaa laajempi. Suomen TDI luvut löytyvät <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/tdi>.



Kuvio 6. Huumausaineiden ja lääkeaineiden käytön vuoksi päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden ensisijainen ongelmapäihde vuosina 2000–2013, %.

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.

Kannabiksen käyttö on Suomessa selvästi opioidien väärinkäyttöä yleisempää, mutta opioidit johtavat useammin vaikeisiin ongelmiin ja hoitoon hakeutumiseen kuin kannabis. Aineiston asiakkaista vain 7 prosentilla oli pelkästään kannabiksen tai pelkästään kannabiksen ja alkoholin ongelmakäyttöä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuneiden osuus korostui voimakkaasti nuorimmissa ikäryhmissä. Alle 20-vuotiailla kannabis oli edelleen selvästi yleisin hoitoon hakeutumiseen johtanut ongelmapäihde (52 %). Ensimmäistä kertaa huumehoitoon hakeutuneilla oli kannabis toiseksi yleisin (26 %) hoitoon tulon syy opioidien (30 %) jälkeen. 30 prosentilla kannabiksen vuoksi hoitoon hakeutuneista ei ollut lainkaan muita ongelmapäihteitä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Päihteiden sekakäyttö oli yleistä. Päihdehoitoon hakeutuessaan 62 prosenttia asiakkaista kertoi käyttäneensä ongelmallisesti vähintään kolmea eri päihdettä. Opioidit olivat viiden ongelmallisimman päihteen joukossa 75 prosentilla asiakkaista, kannabis 57 prosentilla, stimulantit 51 prosentilla, rauhoittavat lääkkeet 47 prosentilla ja alkoholi 38 prosentilla huumehoidon asiakkaista. Erityisesti rauhoittavat lääkkeet, mutta myös kannabis ja stimulantit ovat vähemmän yleisiä hoitoon tulon ensisijaisina syinä, vaikkakin näiden aineiden käyttö on erittäin yleistä.

Alkoholi oli ensisijainen hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde 15 prosentille niistä päihdehuollon asiakkaista, joilla oli myös huumeiden käyttöä. Niille, jotka eivät käytä opioideja, kannabis (34 %) ja alkoholi (33 %) ovat yhtä yleisiä hoitoon tulon syitä. Alkoholin vuoksi hoitoon hakeutuneista 71 prosenttia ilmoitti käyttävänsä ongelmalli-

sesti myös kannabista. Alkoholin ongelmakäyttäjien tiedot ilmoitetaan huumehoidon tiedonkeruussa vain, mikäli asiakkaalla on myös huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttö. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Stimulantit oli ensisijainen hoitoon hakeutumiseen johtanut päihde 20 prosentille niistä huumeasiakkaista, joilla ei ollut opioidien ongelmakäyttöä ja 10 prosentille kaikista huumehoidon asiakkaista. Stimulanttien päivittäinen ongelmakäyttö oli vähäisempää (13 %) ja 41 prosenttia ei ollut käyttänyt kyseisiä aineita edellisen kuukauden aikana. Stimulantteja käytettiin pääosin (75 %) pistämällä. Stimulanttien käyttö oli pääasiassa amfetamiinien käyttöä. Kokaiinin käyttö on Suomessa vähäistä ja harvoin päihdehoitoon hakeutumisen syy. Koko aineistosta vain prosentti mainitsi kokaiinin ongelmapäihteenään. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Rauhoittavia lääkkeitä käytettiin selvästi useammin oheispäihteenä kuin ensisijaisena ongelmapäihteenä. Ensisijaisesti rauhoittavien lääkkeiden vuoksi hoitoon hakeutuvien asiakkaiden osuus oli vain viisi prosenttia, mutta heille käyttö oli usein päivittäistä (44 %). 17 prosenttia ei ollut käyttänyt rauhoittavia lääkeaineita edellisen kuukauden aikana. Rauhoittavien lääkkeiden väärinkäyttö oli lähes yksinomaan bentsodiatsepiinien väärinkäyttöä. Lääkkeet pääasiassa nieltiin (95 %). (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

4.3 Huumeiden ongelmakäyttö muiden tutkimusten mukaan

Helsinkiläiset huumeiden ongelmakäyttäjät

Vuoden 2009 lopulla tehtiin tutkimus ongelmasta helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien käyttämisestä päihdeistä, niiden käyttötavoista ja hankinnasta.²⁶ Kriteerinä oli, että tutkimuksessa haastateltavien tulisi olla aktiivikäyttäjiä, mutta mukaan kelpuutettiin myös sellaisia henkilöitä, joiden aktiivisesta huumeiden käytöstä oli kulunut yli kuukausi. Kaikkiaan sadasta haastatellusta 71 oli miehiä ja 29 naisia, opioidikorvaushoidossa oli 23 henkilöä, joista miehiä 20. Haastateltujen keski-ikä oli noin 29 vuotta. Naisista kuitenkin enemmän kuin kaksi kolmesta oli alle 28-vuotiaita, kun taas miehistä vastaava osuus oli alle kolmannes. Aineiston opioidikorvaushoitopotilaat olivat keskimäärin vanhempia (keski-ikä noin 32 vuotta) kuin muut haastatellut. Yli puolella haastatelluista ei ollut haastatteluajankohtana vakituista kumppania. (Tammi ym. 2011.)

Haastatellut olivat korostuneesti huono-osaisia. Haastatelluista valtaosa (79 %) oli haastatteluhetkellä työttömänä, kolme neljästä suorittanut vain peruskoulun ja korkein koulutus oli ammattikoulu tai lukio. Oma tai vuokra-asunto oli yli puolella haastatelluista, mutta

²⁶ Tutkimus oli strukturoitu haastattelututkimus, johon osallistujat (100 henkilöä) rekrytoitiin vuoden 2009 lopulla huumeiden käyttäjille tarkoitettujen anonyymien terveysneuvontapisteiden (ruiskujen ja neulojen vaihtopisteiden) kautta (67 henkilöä), käyttäjien tuttavaverkoston vertaistukihastatelluista (20 henkilöä) ja kahden haittoja vähentävää korvaushoitoa tarjoavan avohoitoklinikan potilaista (15 henkilöä). Haastattelijoita oli ohjattu lähestymään erityisesti naiskäyttäjiä ja maahanmuuttajia, jotta myös heitä saataisiin riittävästi mukaan aineistoon. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin. Kaksi haastattelusta hylättiin lopullisesta aineistosta epäluotettavina. Aineistosta analysoitiin vain tilastollisesti merkittävät erot ja käytetyt tilastolliset testit olivat Fisherin eksakti testi, Khii-testi ja varianssianalyysissä t-testi. Tutkimus on osa yhteiseurooppalaista Quaf2-hanketta. (Tammi ym. 2011)

neljännes asui asuntolassa tai oli kokonaan asunnoton. Kolme neljästä vastaajasta ilmoitti pääasialliseksi tulonlähteekseen sosiaaliturvan ja lähes joka kuudennen päätulonlähteenä oli huumekauppa tai muu laiton toiminta – sen sijaan kenenkään päätulonlähteenä ei ollut kerjääminen tai prostituutio. Kahdella kolmesta haastatellusta oli poliisin kanssa ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana ongelmia useammin kuin kerran. (Tammi ym. 2011.)

Kaikkien haastateltujen säännöllisen huumeiden käytön keston keskiarvo oli 13 vuotta – lyhin kestoura oli kestänyt kolme ja pisin 35 vuotta. Opioidikorvaushoidossa olleet olivat käyttäneet aineita keskimääräistä kauemmin, keskimäärin 17 vuotta. Suurin osa käyttäjistä oli aloittanut käyttönsä niin sanotun Suomen toisen huumeaallon aikana 1990-luvun puolivälin jälkeen. Yleisimmin viimeksi kuluneen kuukauden aikana käytettyjä aineita olivat opioidit (joita käytti 88 vastaajaa), bentsodiatsepiinit (81), alkoholi ja kannabis (73) ja amfetamiinit (66). Opioideista käytetyin aine oli Subutex-muodossa oleva buprenorfiini (60), toiseksi entinen käytetyin buprenorfiini-naloksone (Suboxone) yhdistelmä (39) ja kolmanneksi metadoni (14). Suonensisäisesti Subutexia käytti yli 90 prosenttia haastatelluista ja vastaavaan lukuun päästään myös Suboxonen ja metadonin osalta, kun käyttäjäkunnasta suljetaan pois opioidikorvaushoidossa olevat. Erityisesti alle 28-vuotiaat olivat pistäneet Suboxonea. Myös amfetamiinia, metamfetamiinia ja MDPV:tä käytettiin yli 90 prosenttisesti suonensisäisesti. Kaikkiaan 26 vastaajaa kertoi käyttäneensä kuukauden aikana MDPV:tä. (Tammi ym. 2011.)

Bentsodiatsepiinejä edellisen kuukauden aikana käyttäneistä lähes puolet (39/81) oli käyttänyt niitä päivittäin. Puolessa tapauksista bentsodiatsepiinit oli hankittu lääkäriltä ja noin joka neljännessä tapauksessa laittomilta markkinoilta. Opioideja viimeisen kuukauden aikana käyttäneistä neljä viidestä (74/88) käytti aineita päivittäin. Näistä 23 oli opioidikorvaushoidossa. Viimeisen kuukauden aikana Subutexia oli käyttänyt päivittäin lähes puolet ainetta käyttäneistä (29/60) ja kaikkiaan yli 80 prosenttia vähintään joka toinen päivä. Neljä viidestä Subutexin käyttäjästä oli hankkinut aineen laittomilta markkinoilta. Yli puolet Suboxonen käyttäjistä oli hankkinut sitä laittomilta markkinoilta. Amfetamiinin käyttö oli jaksottaisempaa, sillä niistä 56 vastaajasta, jotka kertoivat käyttäneensä amfetamiinia viimeisen kuukauden aikana, vain kahdeksan oli käyttänyt sitä päivittäin, ja 17 vähintään joka toinen päivä. (Tammi ym. 2011.)

Käyttäjän iän osalta aineprofileissa havaittiin eräitä tilastollisesti merkitseviä eroja: Alle 30-vuotiailla bentsodiatsepiinien käyttö oli yleisempää kuin tätä vanhemmilla vastaajilla, kun taas vanhemmassa ryhmässä oli enemmän sellaisia amfetamiinien käyttäjiä, jotka eivät olleet käyttäneet ainetta viimeisen kuukauden aikana kertaakaan. Miehet olivat käyttäneet viimeisen kuukauden aikana naisia useammin kaikkien muiden päihde-ryhmien päihdeitä paitsi amfetamiinia. Tutkimusaineiston opioidikorvaushoitopotilaat käyttivät yhtä yleisesti alkoholia, bentsodiatsepiinejä ja kannabista kuin muut vastaajat, mutta harvemmin amfetamiineja. Itse hankittuja opiaatteja oli opioidikorvaushoitopotilaista käyttänyt hoidon aikana yhtä lukuun ottamatta kaikki. (Tammi ym. 2011.)

Tutkimuksen yhtenä keskeisenä tuloksena arvioitiin myös sekakäytön muotoja. Vaikka tutkimuksen tulosta ei voi otoksen perusteella yleistää liikaa, voidaan päätellä, että ongelmallisimpien huumeiden käyttäjien joukossa on henkilöitä, jotka käyttävät sekä

amfetamiineja että opioideja, mutta tavallisinta kuitenkin on sekakäyttö, jossa keskeistä osaa näyttävät kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkeaineet ja rauhoittavat lääkeaineet (bentsodiatsepiinit) sekä alkoholi ja kannabis. (Tammi ym. 2011.)

Huumeiden käyttö liikenteessä

Huumerattijuopoista tehdyn rekisteritutkimuksen²⁷ mukaan yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Tutkimus osoitti myös sekakäytön yleisyyden epäillyillä huumerattijuopoilla. Tärkeäksi nähtiin, että huumerattijuopuille järjestettäisiin hoitoa ja kuntoutusta tuomio- ja rangaistusvaihtoehtojen rinnalla, koska huumerattijuopumuksesta kiinnijääminen voisi olla hyvä ajankohta päihteiden väärinkäyttäjien tavoittamiselle ja hoitotoimintajaukselle. (Karjalainen ym. 2010.)

Rekisteritutkimuksen mukaan poliisin tietoon tullut huumerattijuopumus näyttää yleistyneen, sillä viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana huumerattijuopumustapauksien ilmaantuvuus 18-kertaistui. Yleisimmät ainelöydökset huumerattijuoppojen veri- tai virtsanäytteissä olivat bentsodiatsepiinit sekä amfetamiinit. Eri päihteiden sekakäyttö oli myös hyvin yleistä. (Karjalainen 2011.)

Huumerattijuoppojen sosiaalista taustaa tutkittaessa ilmeni, että sosiaalinen vähäosaisuus oli yhteydessä huumerattijuopumukseen. Koska sosiaalisen vähäosaisuuden on osoitettu olevan yhteydessä päihteiden käyttöön myös yleisemmin, sosioekonomisten ryhmien välisten erojen kaventaminen on hyödyllistä sekä huumerattijuopumuksen että huumeidenkäytön vähentämisessä ja ennaltaehkäisyssä. Päihteiden käyttö aloitetaan usein varhain nuoruudessa, ja suurin osa huumerattijuopoista on nuoria, joten päihteiden käyttöön liittyvä ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen nuorten keskuudessa ovat ratkaisevan tärkeitä toimenpiteitä. (Karjalainen 2011.)

Yhteiskunnalliset käsityksen huumeiden ongelmakäytöstä

Huumeiden ongelmakäyttöön puuttumiseen vaikuttavat myös yhteiskunnalliset käsitykset ongelmakäytöstä. Päihderiippuvuus- sekä ongelmakäyttöilmiön (addiction) määrittelyn muutosta lehdistössä vuosina 1968–2006 on analysoitu Suomen laajalevikkisimmän sanomalehden artikkelien pohjalta.²⁸ Tulosten mukaan 40 vuoden ajanjaksoa kuvaa neljä kehityssuuntaa: ilmiöön liittyvien kirjoitusten määrän lisääntyminen,

27 Tutkimuksen kohteena olivat poliisin v. 1977–2007 kiinniottamat, huumerattijuopumuksesta epäillyt kuljettajat (epäiltyjä huumerattijuopumustapauksia ajanjaksolla yhteensä 31 963).

28 Tutkimus perustuu Helsingin Sanomien artikkeleihin, joissa käsitteellä riippuvuus (”addiction”) viitataan ”ongelmalliseen ja jatkuvasti toistuvaan käytöstapaan, jota yksilö kykenee kontrolloimaan huonosti” tai käsitteisiin ”alkoholismi”, ”ongelmakäyttö”, ”bulimia” tms. tai näiden ongelmien hoitoon. Tekstit on valittu parillisina vuosina kolmen saman viikon ajalta. Kaikkiaan tekstejä oli ajanjaksona 1968–2006 yhteensä 200. Kymmenen vuoden ajanjaksoina tekstien määrä vaihteli seuraavasti: 49 tekstiä (1968–1978), 26 (1980–1988), 63 (1990–1998), 62 (2000–2006). Aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä. 1990-luvulta asti ajan Helsingin sanomien päivittäisleikki on ollut 400 000–500 000 kappaletta. (Hellman 2009.)

ilmiökentän laajeneminen alkoholista hyvinkin erilaiseen poikkeavaan käyttäytymiseen ja samalla ennen marginaalisen ilmiön normalisoituminen sekä yhteiskunnallisten selitysmallien muuttuminen yksilötarinoiksi.

Tarkasteltuna ajanjaksona ilmiötä kuvaavien artikkelien vuosittainen määrä näyttäisi tutkimuksen perusteella kaksinkertaistuneen. Vielä 1970- ja 1980-luvuilla ilmiö kohdentui tiettyyn ihmisryhmään, jolla oli ongelmia, jonkin tietyn käyttäytymisilmiön, useimmin aineen (alkoholi, huumausaineet), kanssa. Tällöin ongelmallisuus liitettiin ryhmän sosiaalisen aseman ongelmiin, eikä ilmiötä näin tarkasteltu ryhmää laajemman tason ilmiönä. Sen sijaan 1990-luvulta lähtien riippuvuusilmiö on liitetty hyvin erilaisiin ilmiöihin (työ-, peli-, TV- ja nettiriippuvuus, syömishäiriöt, jne.) siten, että ilmiöiden kohdejoukko yhteensä kattaa jo suuren osan väestöstä. Ongelmakenttä arkipäiväistyy, kun se koskettaa eri riippuvuuden ulottuvuuksilla yhä laajempaa väestönosaa. Samalla ilmiön kytkeytyminen ryhmän sosiaaliseen asemaan on heikentynyt ja eri riippuvuuden osa-alueet kytketään entistä laajemmin yksilökohtaisiin ongelmiin – mikä heijastuu myös ongelma-ilmiöiden hoidossa, erityisesti hoidon medikalisoimisessa. (Hellman 2009; 2010.)

Huumeiden käytön haitat läheisille

Yhteisöpohjoismaisessa tutkimuksessa arvioitiin laittomien huumeiden käytön haittoja läheisille eri maissa kysymällä vastaajilta heidän omia kokemuksiaan lähipiirissä olevista huumeiden käyttäjistä, heidän aiheuttamista haitoistaan ja vastaajien halusta auttaa lähipiirin huumeongelmaisia.²⁹ Tutkimuksen mukaan helsinkiläiset vastaajat poikkesivat muista pohjoismaisista vastaajista siinä, että heidän henkilökohtaiset kokemuksensa huumeiden käyttäjistä lähipiirissä olivat muita pääkaupunkilaisia vähäisempiä. Helsingissä huolta lähipiirissä henkilökohtaisesti tuntemastaan huumeongelmaista oli kokenut joskus 45 prosenttia (viimeisen vuoden aikana 12 %) asukkaista, kun muissa Pohjoismaiden pääkaupungeissa luku oli 56–67 prosenttia (22–28 %). Tutkijat selittivät eroa Suomen lyhyemmällä huumehistorialla (suhteessa erityisesti Tanskaan), vähäisemmällä kovien huumeiden käyttäjien määrällä (suhteessa Tanskaan ja Norjaan) ja lyhyemmällä kovien huumeiden käyttöhistorialla (suhteessa kaikkiin muihin Pohjoismaihin). Vastaavasti Helsingissä tunnettiin myös vähemmän joskus elämänsä aikana huumehoitoa saaneita, mutta erot eivät olleet enää merkittävät, kun arvioitiin tuttavapiirissä viimeisen vuoden aikana huumehoitoa tunteneiden osuutta. (Melberg ym. 2011.)

Huumeiden ongelmakäyttäjiä tuntevien käsitys huumeongelman ongelmallisuudesta vaihteli myös selvästi Helsingin ja muiden Pohjoismaiden pääkaupunkien välillä.

²⁹ Tutkimus toteutettiin edustavalla 3092 henkilön väestöotoksella eri Pohjoismaiden pääkaupungeissa. Otokseen valittiin yli 18-vuotiaisiin henkilöihin otettiin yhteyttä sähköpostitse ja he voivat vastata 34 kysymyksen kyselyyn anonyymisti web-pohjaisella vastauslomakkeella. Kyselyn vastausprosentti oli hieman yli 50 %. Osallistujakunta ei eronnut merkittävästi kansallisesta väestöjakaumasta sukupuolen, iän tai koulutuksen osalta – ainakaan Helsingin osalta. Aineiston analyysiin käytettiin ristiintaulukointia ja logistista regressioanalyysiä. (Melberg ym. 2011.)

Helsingissä 30 prosenttia oli kokenut väkivallan pelkoa tuntemiensa henkilöiden huumeiden käytön vuoksi elinaikanaan (9 % viimeisen vuoden aikana), kun muissa Pohjoismaissa 20–23 prosenttia oli kokenut pelkoa elinaikanaan (5–7 % viimeisen vuoden aikana). Vastaavasti Helsingissä huumeiden käytön vuoksi 11 prosenttia oli joutunut turvautumaan joskus (3 % viimeisen vuoden aikana) poliisiin, kun vastaavat luvut muissa pohjoismaissa olivat elinaikana 4–6 prosenttia (ja viimeisen vuoden aikana 1 %). Myös tätä eroa tutkijat selittivät Helsingin osalta ilmiön vieraudella sekä toisaalta suomalaisen huumepolitiikan perinteisellä kontrollipainotteisuudella, joka heijastuu myös kansalaisten toimintamalleihin. Suuria eroja ei kuitenkaan maiden välillä ollut sen osalta, kuinka suuri osa ongelmakäyttäjiä tuntevista oli pyrkinyt ohjaamaan tuntemansa henkilöt hoitoon heidän ongelmiensa vuoksi. (Melberg ym. 2011.)

Huumeiden käyttäjiä tuntevien henkilöiden käsitykset haittojen määrästä itselleen poikkesivat toisistaan siten, että joskus koetut haitat osoittautuivat suurimmiksi maissa, joissa myös ongelmahistorialla oli pisin perinne. Viimeisen vuoden aikaisilla haittakemuksilla ei ollut suurta eroa eri maiden välillä. Kaikissa kaupungeissa haittoja olivat enemmän kokeneet naiset ja henkilöt, jotka olivat kokeneet huumeongelman välittömässä lähipiirissään, esimerkiksi omassa perheessään. Eri maissa arvioitiin huumeongelman vakavuutta myös melko samalla tavalla, kun ongelma rinnastettiin muihin eri sairauksiin (esimerkiksi diabetekseen, astmaan, syöpään). Kaiken kaikkiaan henkilökohtaisesti koettujen huumehaittojen määrä Helsingissä osoittautui analyysissa yleensä hieman muita Pohjoismaita vähäisemmäksi. (Melberg ym. 2011.)

5 Huumehoito

Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava päihdehuollon järjestämisestä siten, että palvelut vastaavat sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa esiintyvää tarvetta. Päihteenä pidetään kaikkia päihtymistarkoituksessa käytettäviä aineita: alkoholia, korvikkeita, lääkkeitä ja huumeita. Päihdehuollon erityispalvelujärjestelmä koostuu avohoidosta (A-klinikat, nuorisoasemat), lyhytaikaisesta laitoshoidosta (katkaisuhoidoset), pidempiaikaisesta laitostuntoutuksesta ja tukipalveluista (päiväkeskukset, asumispalvelut ja tukiasunnot) sekä vertaistukitoiminnasta.

Päihdehuollon erityispalvelujen ohella entistä enemmän päihdeongelmaisia hoideetaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, joita ovat sosiaalitoimistot, lastensuojeluyksiköt, mielenterveystoimistot, terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot, sairaalat sekä psykiatriset sairaalat. Suomalaisessa järjestelmässä korostetaan, että pelkät hoitotoimet eivät ole useinkaan riittäviä, vaan päihdeongelmaista tulee tarvittaessa auttaa ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia.

Suomalainen sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen on hajautettu kunnille, mutta paikallishallinnolta puuttuvat sellaiset seurantarjestelmät, jolla asiakasryhmäkohtaisia hyvinvointivajeita ja palvelutarpeita olisi mahdollista tunnistaa. Erityisesti huonosaaisimmilla päihdeasiakkaiden riski jäädä palveluverkon ulottumattomiin on kasvanut.

Päihdetyön kehittämistä varten on luotu päihdehuollon palvelujen laatusuositukset (STM 2002) ja Käypä hoito -suositus huumeongelmaisten hoitoon (Duodecim 2006). Huumehoitopalvelujen kehittämisslinjassa on painottunut matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen.

Huumeiden käyttäjien lääkehoitojen lisääntymisen on väitetty aiheuttaneen ennen sosiaalisiksi ongelmiksi määriteltyjen päihdeongelmien medikalisoitumisen ja siirtymisen entistä enemmän terveydenhuollon piiriin. Opiaattiriippuvaisten opioidikorvaushoitoa ollaan siirtämässä aiempaa enemmän terveyskeskuksiin ja osin myös apteekkien vastuulle. Tämä ilmiö heijastaa painotuseroja psykososiaalisesti ja lääketieteellisesti suuntautuneen päihdehoitotarjestelmän välillä. Osasyynä siirtopyrkimyksille pidetään myös kuntien pyrkimystä siirtää säästösyistä palveluja erikoistason palveluista peruspalveluihin.

Päihdepalvelujärjestelmälle on myös haasteellista nähdä päihdeongelmat osana laajempia ongelmakokonaisuuksia, joihin kiinnittyvät niin mielenterveysongelmat, uudet hoidon tarpeet kuin yhä syvempi syrjäytymiskehitys.

5.1 Huumehoidon strategia ja hoitotarjestelmät

Valtioneuvoston huumeasainepolitiikkaa vuosina 2012–2015 koskevan periaatepäätös (STM 2012a) toteaa päihdeongelmasta toipuminen on pitkäaikainen prosessi, jonka eri vaiheissa tarvitaan erilaisia hoito- ja tukimuotoja. Riittävän pitkäkestoista hoitoa on

tarjottava ja päihdepalvelujen monimuotoisuus säilytettävä. Hallitusohjelman tavoitteena on huumausaineiden käyttäjien matalan kynnyksen palveluiden, terveysneuvonnan ja etsivän työn lisääminen. Hoidon kynnyksestä on siis edelleen madallettava ja hoitoon hakeutumisen esteitä poistettava. (STM 2012a). Hoitoa ja palveluita koskevat hallituskauden tavoitteet ovat:

- varmistaa huumausaineiden käyttäjien terveysneuvontatyön kattavuus ja laatu,
- selvittää huumehoitojärjestelmän tilanne kattavien palveluiden parantamiseksi,
- tehostaa poliisin tekemää hoitoonohjausta,
- vahvistaa viranomaisten, hoitopalveluiden ja vertaistytön välistä tiedonkulkua,
- ehkäistä reseptilääkkeiden väärinkäyttöä ja
- lisätä mahdollisuuksia päihdeongelmien hoitoon rangaistuksen täytäntöpanon aikana.

Hoitopalvelut

Suomessa päihdehoidon palvelut toteutetaan sekä sosiaali- että terveydenhuollossa. Päihdehuollon erityispalvelut sijoittuvat pääosin sosiaalihuollon puolelle. Päihdehuollon erityispalvelujen avohoito on asiakkaalle maksutonta. Laitoshoitoa ja asumispalveluja varten asiakas tarvitsee yleensä maksusitoumuksen kotikuntansa sosiaalitoimistosta. Palveluja toteuttavat sekä kunnalliset että yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat.

Käytännössä ongelmat päihdeongelmaisten hoidossa ilmenevät siinä, että asiakkaiden ongelmat ja palvelujärjestelmän tarjonta eivät aina kohtaa toisiaan. Hoitoon pääsyn kynnyksistä vaikeimmiksi osoittautuvat jonot palveluihin sekä peruspalveluissa tiedon ja taidon puute ja kielteiset asenteet päihdeongelmaisiin ja erityispalveluissa paikkojen fyysinen etäisyys. Yhtenä ratkaisuna erityisesti huumeiden käyttäjille on palveluohjaus, jolloin huumeiden ongelmakäyttäjälle tarjotaan henkilökohtaisempaa neuvontaa (ks. myös luku 8.3 sosiaalinen kuntoutus).

Päihdehuollon avohoito

Huumeiden käyttäjille on tarjolla avohuollon erityispalveluita A-klinikoilla ja nuori-soasemilla. Palvelumuotoina voivat olla asiakkaan tarpeiden mukaan muun muassa psyykkisen ja somaattisen tilan kartoitus, neuvonta, yksilöterapia, perheterapia, ryhmäterapia, verkostotyö, avovieroitustyö tai korvaushoito. Hoito perustuu asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan. (Korteniemi 2011.)

Katkaisu- tai vieroitushoito laitoksissa

Katkaisu- tai vieroitushoito on ympärivuorokautista laitoshoidoa. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti hoidon tarpeen mukaan. Hoidon tavoitteena on päihdekierteen katkaisu, vieroitusoireiden hoitaminen ja jatkohoidon suunnittelu. Kun fyysinen terveydentila on kohentunut, aloitetaan myös kuntouttava keskusteluapu. (Korteniemi 2011.)

Kuntouttava laitoshoido

Päihdehuollon kuntouttava laitoshoido on ympärivuorokautista pitempiaikaista laitoshoidoa. Kuntouttava laitoshoido on osa asiakkaan kokonaiskuntoutusta ja perustuu hoitosuunnitelmaan. Laitoshoido on suunniteltu avohoidoa tukevaksi hoitojaksoksi päihdeongelmallisille, joille avohuollon palvelut tai katkaisu laitoshoidossa eivät ole riittäviä tai tarkoituksenmukaisia, tai joiden kuntoutuminen edellyttää väliaikaista irrottautumista normaalista elinympäristöstä. Hoidon pituus määrittyy yksilöllisesti. Kuntoutushoidon sisältö määrittyy yksilöllisesti hoitoa tarjoavan laitoksen hoitoideologian ja käytettyjen työmenetelmien mukaan. (Korteniemi 2011.)

Päihdehuollon kuntouttavat asuinpalvelut

Asumispalvelujen tavoitteena on asiakkaan asumisen turvaaminen sekä tukeminen päihdeettömyyteen ja ohjaaminen palvelujen piiriin. Kuntouttavaa asumista ovat tehostettu palveluasuminen (ympäri vuorokautisesti valvottu), palveluasuminen, tukiasuminen (palvelutalon läheisyydessä, mahdollisuus saada apua palvelutalolta) ja tuettu asuminen (tuntiohjaus). Työmuotoihin voi kuulua ohjaus ja neuvonta arjen asioissa, rajojen asettaminen, asiakkaan sosiaalisten tukiverkoston kartoittaminen ja vahvistaminen ja terveydenhoidon antaminen. Asumispalvelu perustuu asiakkaalle laadittavaan palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaan. (Korteniemi 2011.)

Erikoissairaanhoido huumeasiakkaille

Huumehoitoa, jossa tähdätään huumeiden käytön tai lääkkeiden väärinkäytön lopettamiseen, vähentämiseen tai käytöstä aiheutuvien haittojen vähentämiseen annetaan myös sairaaloissa.

Somaattisia sairauksia, joiden taustalla on huumeiden käyttö, hoidetaan sekä ensiavussa että osastoilla. Esimerkiksi huumemyrkytys voidaan hoitaa joko päivystyskäynnissä tai hoito voi edellyttää useamman päivän osastotarkkailua. Terveydenhuollossa kirjataan sekä pää- että sivudiagnooseja, jolloin on mahdollista, että asiakkaan ensisijaisena diagnoosina olisi myrkytys ja toissijaisesti huumeaineiden sekakäyttö.

Varsinainen huumehoito annetaan psykiatrian poliklinikoilla ja osastoilla. Hoitoon hakeutuminen voi tapahtua esimerkiksi A-klinikan kautta erikoissairaanhoidon päihdeklinalle tai psykiatrianpäivystyksen kautta. Päihdeklinalkat tekevät muun muassa korvaushoidon tarpeen arviot mikäli asiakkaalla on lisäksi jokin muu psykiatrinen sairaus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut

Terveyskeskuksissa huumeiden käyttöön annettavaa hoitoa ovat muun muassa keskusteluapu päihdehoitajan kanssa, korvaushoido, vieroitushoido ja somaattisten sairauksien hoito. Sosiaalitoimi ja lastensuojelu tarjoavat keskusteluapua ja hoitoon ohjausta.

Matalan kynnyksen palvelut

Matalan kynnyksen palveluissa korotetaan, että asiakkaat voivat helposti ja seurauksia pelkäämättä hakeutua heille tarkoitettuihin palveluihin. Käsite on laajentunut ruiskujen ja neulojen vaihtopisteistä tarkoittamaan monenlaisia huono-osaisille tarkoitettuja palveluita, kuten ensisuoja, päiväkeskuksia ja yökahviloita. (Törmä 2009.)

Hoitosuositukset

Huumeongelman hoidosta julkaistiin päivitetty Käypä hoito –suositus (Duodecim 2012). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmän suositus perustuu systemaattisesti koottuun tutkimustietoon. Suosituksen tavoitteena on tietoa lisäämällä selkeyttää huumeongelman hoitoa, parantaa moniammatillista yhteistyötä, edistää verkostoitumista ja vaikuttaa asenteisiin.

Käypä hoito-suosituksen keskeinen sanoma (Duodecim 2012):

- Huumausaineiden käyttö on Suomessa ollut muuhun Eurooppaan verrattuna vähäistä. Huumeiden käyttö lisääntyi 80- ja 90-luvulla. Vuosituhannen vaihteessa näkyi merkkejä kasvuvauhdin hidastumisesta, mutta käyttö on 2000-luvun loppupuolella kääntynyt kuitenkin jälleen lievään kasvuun.
- Huumeriippuvuus aiheuttaa merkittäviä uhkia terveydelle.
- Huumeongelman käsittelyä voi haitata se, että huumeiden käyttö on rangaistavaa. Potilas ei usein uskalla kertoa huumeiden käytöstään lääkärille, eikä lääkäri aina saa ongelmaa selville edes kyselemällä.
- Tärkeä työkalu huumeongelman toteamisessa ja hoidossa on avoin ja luottamussellinen hoitosuhde. Ongelmaa voidaan etsiä ja seurata myös laboratoriokokeilla.
- Psykososiaaliset menetelmät ovat hoidon perusta, vaikka näyttö niiden tehosta joidenkin huumeongelmien hoidossa on niukkaa. Lääkityksellä voidaan usein vain helpottaa oireita, mutta opioidiriippuvuuden korvaushoito on osoitettu tehokkaaksi.
- Huumeiden käyttöön kietoutuu usein mielenterveysongelmia, joiden hoidossa tarvitaan psykiatrasta tai päihdepsykiatrasta asiantuntemusta.
- Huumeiden käyttö on usein sekakäyttöä, mutta kliiniseen työhön sovellettavaa tutkimustietoa on lähinnä yksittäisistä aineista.
- Lääkäri voi hyvää tarkoittaen pahentaa potilaan riippuvuutta määräämällä tälle rauhoittavia lääkkeitä. Riski ei kuitenkaan saa estää välttämätöntä lääkehoitoa esimerkiksi vieroitushoidon aikana.
- Huumeongelmaan liittyy terveysuhkien ohella runsaasti sosiaalisia vaikeuksia, joiden käsittelyyn tarvitaan yhteistyötä monien tahojen kanssa. Potilaan ohella myös hänen lähiympäristönsä – perheen ja erityisesti lasten – hyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota.
- Huumeongelman hoidossa ja haittojen ehkäisyssä tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta.

- Huumeongelman hoitaminen tulee yhteiskunnalle halvemmaksi kuin hoidotta jättäminen
- Kiireettömän hoitoon pääsyn kriteerit (hoitotakuu) koskevat myös opioidista riippuvaisten korvaushoitoa.

Duodecimin hyvä hoito sarjassa on julkaistu Huume- ja lääkeriippuvuudet kirja (Seppä ym. 2012), joka on myös julkaistu myös tietokantana Terveysportti-palvelussa. Julkaisussa kuvataan mm. hoitoja, riippuvuuden tunnistamista, huumeasiakkaan kohtaamista, vertaistuki sekä haittoja vähentävää toimintaa. Teoksessa käsitellään myös huumeiden käytön aiheuttamia psyykkisiä ja elimellisiä haittoja, nuorten huumeiden käyttöä ja läheisten selviytymiskeinoja.

Päihdetyön kehittämistä varten on olemassa myös päihdehuollon palvelujen laatusuosituksen (STM 2002).

Opioidiriippuvaisten korvaushoito

Korvaushoitoa voidaan antaa niille opioidiriippuvaisille asiakkaille, jotka eivät ole kyenneet vieroittautumaan muiden vieroituslaitosten avulla. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus vieroitus- ja korvaushoidosta (33/2008) määrittelee lääkkeellisen korvaushoidon tavoitteeksi joko kuntoutumisen ja päihitteettömyyden tai haittojen vähentämisen ja asiakkaan elämänlaadun parantamisen (STM 2008).

Konkreettisemmin korvaushoidon tavoitteena on estää tai merkittävästi vähentää laittomien opioidien käyttöä, rikollisuutta ja suonensisäiseen käyttöön ja yliannostukseen liittyviä riskejä ja mahdollistaa riippuvuuskorvaushoidon ja psykososiaalinen kuntoutus (Duodecim 2012).

Opioidikorvaushoidon aloittamista edeltää hoidon tarpeen arviointijakso, joka voidaan tehdä sekä avo- että laitoshoidossa. Useimmiten hoidon tarpeen arvio tai hoidon aloitus tehdään erikoistuneessa yksikössä esimerkiksi sairaalan päihdepsykiatrisessa yksikössä, jonka jälkeen varsinainen hoito toteutetaan päihdehuollon avopalveluista tai terveyskeskuksesta. Lääkkeellistä korvaushoitoa koskevat hoitotakuun määräajat (kiireettömissä tapauksissa hoidon tarpeen arviointi 3 vuorokaudessa, hoitoon pääsy 3 kuukaudessa ja erikoissairaalahoitoa hoidon tarpeen arviointi 3 viikossa ja hoitoon pääsy 6 kuukaudessa).

Korvaushoitoasiakkaiden määrä

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa oli 2 439 potilasta 30.11.2011. Yleisin hoito käytetty lääkemuoto oli buprenorfiini ja naloksonin yhdistelmävalmiste (58 %) ja toiseksi yleisimmin käytettiin metadonia (38 %). Pelkästään buprenorfiinia sisältävää valmisteita sai neljä prosenttia hoidossa olleista potilaista. Kaksi kolmesta potilaasta oli hoidossa päihdehuollon erityispalveluissa, viidennes terveyskeskuksissa, reilu kymmenesosa erikoissairaanhoidossa ja muutamia kymmeniä vankiloiden terveydenhuoltoyksiköissä. (Partanen ym. 2014)

Taulukko 10. Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa 30.11.2011 olleiden potilaiden kokonaismäärä, jakautuminen eri hoitomuotoihin hoitoyksikkötyypeittäin (lkm).

Hoitoyksikkö- tyyppi	Yhteensä	Vieroitus- hoito	Kuntouttava korvaushoito, lääkkeenjako yksiköstä	Kuntouttava korvaushoito, apteekki- sopimus	Haittoja vähentävä korvaus- hoito, pääpaino lääkityksessä, ei muuta hoitoa ja tukea	Haittoja vähentävä korvaus- hoito, lääkityksen lisäksi muuta hoitoa ja tukea
Terveyskeskus	500	12	344	35	75	34
Päihdehuollon erityispalvelu	1624	27	1033	137	322	105
Erikois- sairaanhoito	276	7	208	3	46	12
Vankilan terveydenhuolto	39	11	25	0	3	0
Yhteensä	2439	57	1610	175	446	151

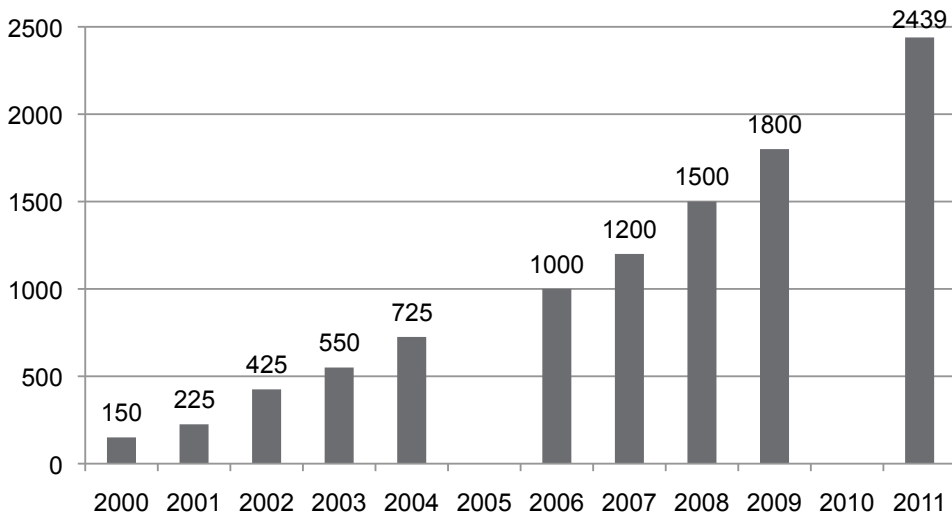
Lähde: Partanen ym. 2014.

Valtaosa opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- tai korvaushoitoa saavista oli kuntouttavassa korvaushoidossa. Kaksi kolmesta (66 %) potilaasta oli sellaisessa kuntouttavassa korvaushoidossa, jossa lääkkeenjako tapahtui yksiköstä ja seitsemän prosenttia sellaisessa kuntouttavassa korvaushoidossa, jossa lääkitys haettiin apteekista apteekkisopimuksella. Haittoja vähentävässä korvaushoidossa oli joka neljäs (25 %) potilas, ja heistä useimmat olivat lääkehoitoon painottuvassa hoitomuodossa, johon ei liittynyt muuta hoitoa tai psykososiaalista tukea. Opioidilääkityksestä irrottautumiseen tähtäävässä vieroitushoidossa oli kaksi prosenttia potilaista. (Partanen ym. 2014).

Kaikkien sairaanhoitopiirien alueilla oli opioidiriippuvuuden lääkkeellistä hoitoa saavia potilaita. Kuitenkin valtaosa heistä oli hoidossa Etelä- tai Länsi-Suomen alueella. Lähes puolet (45 %) opioidiriippuvuuden lääkkeellistä vieroitus- tai korvaushoitoa saavista potilaista hoidettiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kunnissa sijaitsevilla hoitoyksiköissä. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa sijaitsevilla hoitoyksiköissä hoidettiin 13 prosenttia, Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella 10 prosenttia, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella kuusi prosenttia ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirin alueella viisi prosenttia. Muiden sairaanhoitopiirien alueella osuus oli alle 5 prosenttia. Hoito painottui suurten kaupunkien hoitoyksiköihin. Pääkaupunkiseudun kolmessa suuressa kunnassa sijaitsevilla hoitoyksiköissä oli 39 prosenttia kaikista potilaista. Muissa yli 100 000 asukkaan kunnissa sijaitsevilla hoitoyksiköissä oli 21 prosenttia kaikista potilaista. (Partanen ym. 2014).

Opioidiriippuvuuden lääkkeellisessä vieroitus- ja korvaushoidossa olleiden määrä on 2000-luvulla kasvanut tasaisesti Suomessa. Samalla opioidiongelmallisista suurempi osa nyt korvaushoidossa. Tätä eurooppalaista kehitystä ovat tukeneet STM:n vuoden

2008 asetus ja kiireettömän hoidon kriteerien soveltaminen opioidiriippuvuuden lääkeelliseen vieroitus- ja korvaushoitoon. (Partanen ym. 2014).



Kuvio 7. Opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoittoa saavien asiakkaiden määrän kehitys 2000–2011. Kaikki luvut ovat arvioita.

Lähteet:

- 2000 Vuoteen 2000 mennessä arveltiin että metadonikorvaushoidossa oli kaiken kaikkiaan ollut 70 henkilöä ja 170 henkilöä oli joskus saanut burprenorfiinikorvaushoittoa. Vuosina 1998-2000 suurin osa korvaushoitopotilaista hoidettiin Helsingin kaupunginsairaalan korvaushoitopoliklinikalla. (Huumetilanne Suomessa 2000. Virtanen 2011.) Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2001 STM Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio 2001. Alkuvuoden tilanne. korvaushoitopoliklinikalla. (Huumetilanne Suomessa 2000. Virtanen 2011.)
- 2002 Jokinen, P & Tourunen J. (2003) Käytännön työntekijöiden mielipiteitä korvaushoidosta. Periaatteet ja käytännöt kunnossa – tietoa, koulutusta ja voimavaroja kaivataan lisää. Tiimi-lehti 1/2003. Kesän tilanne. Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2003 Arvio Huumetilanne Suomessa 2003 Virtanen ym. Tilanne kesällä. Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2004 Arvio Huumetilanne Suomessa 2005 Virtanen ym. Kuvion luku johdettu lähdematerialista.
- 2006 Arvio Huumetilanne Suomessa 2007 Rönkä ym.
- 2007 STM:n julkaisematon muistio opioidiriippuvaisten vieroitus ja korvaushoidosta 11.1.2008. Loppuvuoden tilanne.
- 2008-2009 Lääkeyhtiö MSD Merck Sharp & Dohm epävirallinen tiedonanto 28.5.2010. korvaushoidon potilasmääristä. Loppuvuoden tilanne.
- 2011 STM:n erillisselvitys (2013). Loppuvuoden tilanne.

Seurantatukimukset

Jani Selin (2013) on tarkastellut suomalaisten, vuosina 2005–2012 tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistujen, korvaushoidon seurantatutkimusten tulosten kautta sitä, minkälaisia vaikutuksia korvaushoidolla on ollut potilaiden terveyteen, hyvinvointiin

ja elämään laajemmin. Hoidon tuloksellisuutta tai vaikuttavuutta voidaan tarkastella eri mittarein. Melko vakiintuneita korvaushoidon tuloksellisuuden mittareita ovat hoidossa pysyvyys, potilaan tila hoidon päättyessä, muutokset päihteenkäytössä, risikikäyttäytyminen (esimerkiksi suonensisäinen käyttö), muutokset terveydentilassa, integroituminen yhteiskuntaan ja subjektiivinen kokemus elämänlaadusta. (Selin 2013).

Suomalaiset 2005–2012 tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistut korvaushoidon seurantatutkimukset (Selin 2013):

- Mauri Aalto M, Jukka-Pekka Visapää, Jukka T. Halme, Carola Fabritius & Mikko Salaspuro: Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 4/2011. Pekka Rapeli, Carola Fabritius, Hely Kalska & Hannu Alho: Memory function in opioid-dependent patients treated with methadone or buprenorphine along with benzodiazepine: longitudinal change in comparison to healthy individuals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 6/2009.
- Pekka Rapeli P, Carola Fabritius, Hely Kalska & Hannu Alho: Cognitive functioning in opioid-dependent patients treated with buprenorphine, methadone, and other psychoactive medications: stability and correlates. *BMC Clinical Pharmacology* 13/2011.
- Jouni Tourunen, Tuuli Pitkänen, Outi Harju-Koskelin, Anitta Häkkinen & Antti Holopainen: Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka* 4/2009.
- Helena Vormä, Petteri Sokero, Saija Turtiainen & Heikki Katila: Opioidikorvaushoito tehoa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000-2002. *Suomen Lääkärilehti* 9/2005.
- Helena Vormä, Petteri Sokero, Saija Turtiainen & Heikki Katila: Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suomen Lääkärilehti* 20/2009.

Potilaiden hoidossa pysyminen oli hyvällä tasolla yhden vuoden jälkeen kaikissa tutkimuksissa. Korvaushoitoa Hyksissä tarkastelleissa tutkimuksissa hoidossa jatkoi vuoden jälkeen 94 prosenttia ja 80 prosenttia potilaista ja 18 kuukauden jälkeen 89 prosenttia ja 77 prosenttia potilaista. Kotkan tutkimuksessa lukemat olivat samansuuntaiset: 83 prosenttia (vuoden jälkeen) ja 77 prosenttia (kahden vuoden jälkeen). Kahta A-klinikkasäätiön hoitoyksikköä käsitelleessä tutkimuksessa kahtena ensimmäisenä vuotena hoidossa pysyvyys oli 78 prosenttia ja jatkoseurannassa – 4,5–6,5 vuotta hoidon alkamisesta – pysyvyys oli 71 prosenttia. (Selin 2013).

Hoidon keskeytymisen syyksi tutkimuksissa mainittiin yleisimmin väkivaltaisuus, uhkailu väkivallalla tai sopeutumattomuus hoitoon. Ainoastaan A-klinikkasäätiön yksiköitä käsitellyt tutkimus tarjoaa tarkempaa tietoa hoidon keskeyttäneistä. Muihin verrattuina he olivat nuorempia, heillä oli enemmän hoidon aikaisia pidätyksiä ja he olivat useammin asunnottomia. (Selin 2013).

Hoidossa pysyvyys tuloksellisuuden mittarina on ongelmallisessa suhteessa lääkityksen harkittuun ja sovittuun lopettamiseen - siis vieroittautumiseen. Mitä enemmän on onnistuneesti vieroittautuneita, sitä huonommalta hoidon vaikuttavuus näyttää pysyvyyssmittarilla arvioituna. Korvaushoidosta vieroittautuminen näytti tutkimusten pohjalta suhteellisen harvinaiselta. Vain 2-4 prosenttia potilaista vieroittautui seurannan aikana. Tutkimuksessa, jossa seuranta-aika oli jopa 4,5–6,5 vuotta, vieroittautumisia ei

tapahtunut enää ensimmäisten kolmen vuoden jälkeen. Hoito on siis pitkäkestoista. Myös kansainvälistä tutkimusta korvaushoidosta vieroittautumisesta on niukasti. (Selin 2013).

Korvaushoidossa olevien potilaiden päihteidenkäyttö väheni tutkimusten mukaan hoidon edetessä. Kokonaan päihteettä vuoden hoidon jälkeen on ollut noin 12–30 prosenttia potilaista. Opioidien oheiskäyttöä ei ole ollut 44–75 prosentilla potilaista. Tutkimus, jossa buprenorfiini- ja metadonipotilaita seurattiin 2 kuukauden, 6–9 kuukauden ja 12–18 kuukauden välein (Pk-seutu), osoittaa, kuinka vielä kahden kuukauden kohdalla opioidien ja muiden päihteiden käyttö oli hyvin yleistä. Jo kuuden kuukauden kohdalla päihteettömien tai melko vähän päihteitä käyttävien osuus oli lisääntynyt huomattavasti. Kotkassa toteutetussa tutkimuksessa päihdeongelman vakavuutta mittaavan EuropAsi-kyselyn huumeiden käyttöä koskevan osion keskimääräiset pisteet laskivat vuoden hoidon jälkeen 0,25:een, vastaavien pisteiden ollessa hoidon alussa 0,46. Kyse oli tilastollisesti erittäin merkitsevästä positiivisesta muutoksesta. (Selin 2013).

Korvaushoidolla on myös muita vaikutuksia kuin hoidossa pysyminen tai päihteidenkäytön väheneminen. Tutkimuksissa oli mainintoja työllistymisestä, kouluttautumisesta, ihmissuhteiden kohenemisesta ja asumistilanteen paranemisesta. Näitä tuloksia ei ole kuitenkaan ollut koottu eikä esitetty systemaattisesti.

A-klinikkasäätiön kahta hoitoyksikköä koskeneessa tutkimuksessa muihin vaikutuksiin on kiinnitetty huomiota kaikkein systemaattisimmin. Kohentumista asumistilanteessa havaittiin 23 potilaan kohdalla, 16 potilaan suhde omiin lapsiin parani, 5 potilasta oli työllistynyt ja 26 oli osallistunut erilaisiin koulutuksiin. Kotkan seutua koskevassa tutkimuksessa havaittiin muun muassa masentuneisuuden vähentyneen ja koetun elämänlaadun ja sosiaalisen tilanteen kohentuneen tilastollisesti merkitsevästi. (Selin 2013).

Tuoreet korvaushoitotutkimukset

Kaarlo Simojoki on väitöskirjassaan tutkinut sellaisten kliinisten menetelmien tai toimintatapojen käyttöä korvaushoidossa, jotka saattavat vähentää lääkkeiden väärinkäyttöä, pienentää henkilöresurssien tarvetta, parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista ja siten kohentaa hoidon tuloksellisuutta. Suomessa otettiin Euroopan ensimmäisenä maana käyttöön pienemmän väärinkäyttöpotentiaalin, kuin pelkkää mono-buprenorfiinia sisältävä lääke, omaava buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmiste. Ensimmäisessä osatyössä selvitettiin aiheuttaako siirtyminen mono-buprenorfiinista buprenorfiini-naloksoniin potilaille haittavaikutuksia ja vaikuttaako se potilaiden hoitoon sitoutumiseen. Toinen keino väärinkäytön vähentämiseksi on buprenorfiini tabletin murskaaminen annostelun yhteydessä. Aiemmin ei ollut tietoa miten murskaaminen vaikuttaa mono-buprenorfiinin imeytymiseen ja kliiniseen tehoon ja toisessa osatyössä selvitettiin miten mono-buprenorfiini lääkkeen murskaus vaikuttaa seerumitasoihin ja kokevatko potilaat haittavaikutuksia. Eräs merkittävä ongelma on ollut osan potilaiden huono sitoutuminen hoitoon, jossa yhtenä merkittävänä tekijänä on ollut päihdeseulo-

jen antamisen tiukka kontrollointi. Kolmannessa osatyössä selvitetttiinkin vaikuttaako virtsaseulojen ottaminen ilman valvontaa ja uudenlaista merkkiainetta käyttäen potilaiden hoitomyöntyvyyteen sekä henkilökunnan resurssien käyttöön. Poikkeuksellisen laaja buprenorfiinin väärinkäyttö Suomessa tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden seurata sen väärinkäyttöä ja katukauppaa. Viimeisessä osatyössä selvitetttiinkin mitkä ovat opioidien väärinkäytön ja laittoman kaupan trendit seitsemän vuoden väärinkäytön ja katukaupan seurantatutkimuksella. (Simojoki 2013.)

Tutkimus osoitti, että uuden buprenorfiini-naloksoni yhdistelmävalmisteen käyttö on yhtä turvallista kuin pelkän mono-buprenorfiinin eikä pääsääntöisesti annosmuutoksia vaihdon yhteydessä tarvita. Lääkkeen murskaaminen ei vaikuttanut seerumitasoihin eivätkä tutkimushenkilöt kokeneet verrokkiryhmää enempää tai vähempää haittavaikutusta. Tämän perusteella arvioitiin, että tablettien murskaaminen ei vaikuta lääkkeen kliiniseen tehoon, ollen siten farmakologisesti yhtä tehokasta kuin kokonaisen tabletin käyttäminen. Tutkimus, jossa selvitetttiin uuden merkkiainepohjaisen päihdeseulan hyötyjä ja haittoja, osoitti, että sekä potilaat että hoitohenkilökunta kokivat sen selkeästi mukavammaksi kuin perinteisen silmämääräisen valvontaan perustuvan päihdeseulan. Tämä todennäköisesti lisää potilaiden hoitomyöntyvyyttä ja kiinnittymistä hoitoon. Lisäksi todettiin, että kyseinen uusi päihdeseula vähentää huomattavasti seuratutkimuksiin käytettävää työaikaa mikä todennäköisesti myös lisää hoidon tehokkuutta sekä tuloksellisuutta henkilökunnan pystyessä keskittymään enemmän hoitotyöhön. Seurantatutkimus osoitti, että buprenorfiini-naloksoni yhdistelmää väärinkäytettiin vähemmän ja yhdistelmävalmisteen katuhinta oli koko seurantajakson ajan selvästi alempi kuin pelkän mono-buprenorfiinin, joten siten voidaan ajatella sillä olevan pienempi väärinkäyttöpotentiaali kuin pelkällä mono-buprenorfiini valmistella. (Simojoki 2013.)

Sini Kankaanpää (2013) on Pro gradu tutkimuksessaan selvittänyt korvaushoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia toipumisprosessistaan. Haittojen vähentämiseen tähtäävä hoito ja päihhteettömyystavoitteinen hoito asettuivat aineistossa toisiaan seuraaviksi vaiheiksi ennen toipumista. Jokaisessa vaiheessa kuntoutuminen edellytti elämänmuutosta tukevia rakenteita.

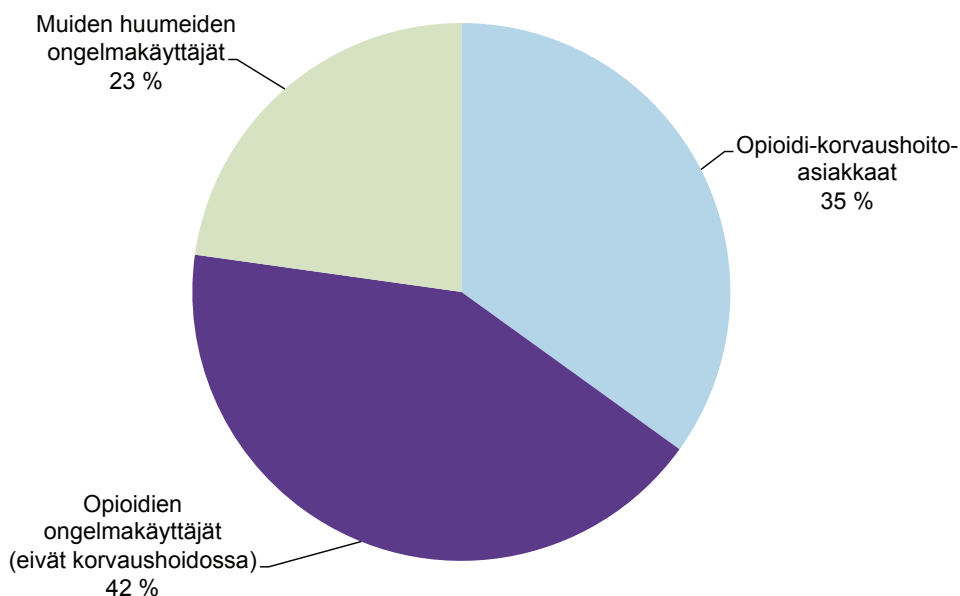
Vorma ja tutkimusryhmä (Vorma 2013) on tutkimusryhmänsä kanssa verrannut korvaushoidon aloittaneiden³⁰ rikostuomioiden määrää ennen ja jälkeen korvaushoidon aloittamista. Rikostuomioiden määrä väheni korvaushoidon aloittamisen jälkeen huomattavasti. Tuomiot vähenivät ennen kaikkea rikoksissa jotka liittyivät selvimmin huumeiden käyttöön, siis huumerikoksissa ja omaisuusrikoksissa. Väkivaltarikosten ja rattijuopumustuomioiden määrä oli aineistossa niin pieni, ettei johtopäätöksiä voida tehdä niinden osalta. Sekakäyttäjillä, jotka käyttivät opioidien lisäksi myös amfetamiinia, erilaisten rikosten määrä oli suurin ennen hoitoa ja heillä myös hoidon myötä rikosten määrä väheni myös eniten. Muuten korvaushoito vähensi rikosten määrää yhtä merkittävästi sukupuolesta, iästä tai mielenterveysongelmasta riippumatta.

30 HUS:n päihdepsykitriassa korvaushoidon vuosina 2000–2005 aloittaneiden (n=169) korvaushoitopotilaitaiden osalta verrattiin kaikkia rikosseuraamuksia vuosina 1999–2007.

5.2 Huumehoidon asiakaskunta

Huumehoitoon osallistuneiden asiakkaiden taustoissa ja elämäntilanteissa ei näytä vuonna 2013 tapahtuneen suuria muutoksia. Asiakkaista 99 prosenttia oli Suomen kansalaisia. Kaikista huumehoidon asiakkaista naisia oli 32 prosenttia. Ensimmäistä kertaa hoitoon hakeutuneista naisia oli 38 prosenttia, mikä oli viisi prosenttiyksikköä enemmän kuin edellisellä vuonna. Vanhemmissa ikäluokissa ja opioidikorvaushoidossa olevien naisten osuus oli pienempi. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Kaiken kaikkiaan 77 prosentilla huumehoidon asiakkaista oli opioidien ongelmallista käyttöä tai opioidiriippuvuutta. Ensisijainen ongelmapäihde opioidit oli 59 prosentille tiedonkeruun asiakkaista. Opioidiasiakkaiden osuus nousi erityisen merkittävästi 2000-luvun loppupuolella ja nousu vaikuttaa nyt pysähtyneen. Huumehoito näyttää kuitenkin selvästi keskittyneen juuri opioidiongelmaisten hoitoon. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)



Kuvio 8. Opioidikorvaushoitoasiakkaat, opioidien ja muiden huumeiden ongelmakäyttäjät 2013.

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.

Elämäntilanne

Huumehoidon asiakkaiden keski-ikä oli 31 vuotta ja ikämediaani 30 vuotta. Miehet olivat keskimäärin yli kaksi vuotta vanhempia kuin naiset. Uudeltamaalta olevat asiakkaat olivat vanhimpia ja nuorimmat olivat maakunnista, joissa ei ollut yli 100 000

asukkaan kaupunkeja. Laitoshoidon asiakaskunta oli hieman nuorempaa kuin avohoidon. Vanhimpia olivat opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevat asiakkaat. Korvaushoitoasiakkaista 95 prosenttia oli vähintään 25-vuotiaita. Niistä asiakkaista, joilla ei ollut lainkaan opioidien käyttöä, 42 prosenttia oli alle 25-vuotiaita. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Avo- tai avioliitossa oli 21 prosenttia miehistä ja 36 prosenttia naisista. Avo- tai avioliitossa olevien asuinkumppani oli päihdeongelmainen 58 prosentilla, naisilla (72 %) useammin kuin miehillä (47 %). Alle 18-vuotiaita lapsia oli 39 prosentilla asiakkaista. Näistä vanhemmista vain 28 prosenttia asui lastensa kanssa samassa taloudessa, ja 24 prosentilla lapset oli sijoitettuna lastensuojelun toimesta. Alle 20-vuotiaista asiakkaista 58 prosenttia asui vielä vanhempiensa kanssa. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työssäkäynti tai opiskelu harvinaista (21 %). Joka kymmenes (9 %) oli asunnoton. Korvaushoitoasiakkaista 5 prosenttia oli asunnottomia, kun muista opioidien ongelmakäyttäjistä asunnottomia oli 12 prosenttia. Tämä ero saattaa selittyä korvaushoidon onnistumisella tai sillä, että asumistilanteen tärkeys kuntoutuksen käynnistymiselle ja onnistumiselle on huomioitu erityisesti korvaushoitoasiakkaiden kohdalla. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Käytetyt päihteet

Päihteiden sekakäyttö oli yleistä. Päihdehoitoon hakeutuessaan 62 prosenttia asiakkaista kertoi käyttäneensä ongelmallisesti vähintään kolmea eri päihdettä. Opioidit olivat viiden ongelmallisimman päihteen joukossa 75 prosentilla asiakkaista, kannabis 57 prosentilla, stimulantit 51 prosentilla, rauhoittavat lääkkeet 47 prosentilla ja alkoholi 38 prosentilla huumehoidon asiakkaista. Erityisesti rauhoittavat lääkkeet, mutta myös kannabis ja stimulantit ovat vähemmän yleisiä hoitoon tulon ensisijaisina syinä, vaikkakin näiden aineiden käyttö on erittäin yleistä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Hoito

Opioideja käyttävistä aineiston asiakkaista 45 prosenttia oli korvaushoidossa. Korvaushoitolääkkeenä oli 51 prosentilla buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmiste (Suboxone®), 41 prosentilla metadoni ja 6 prosentilla buprenorfiini (Subutex® tai Temgesic®). (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

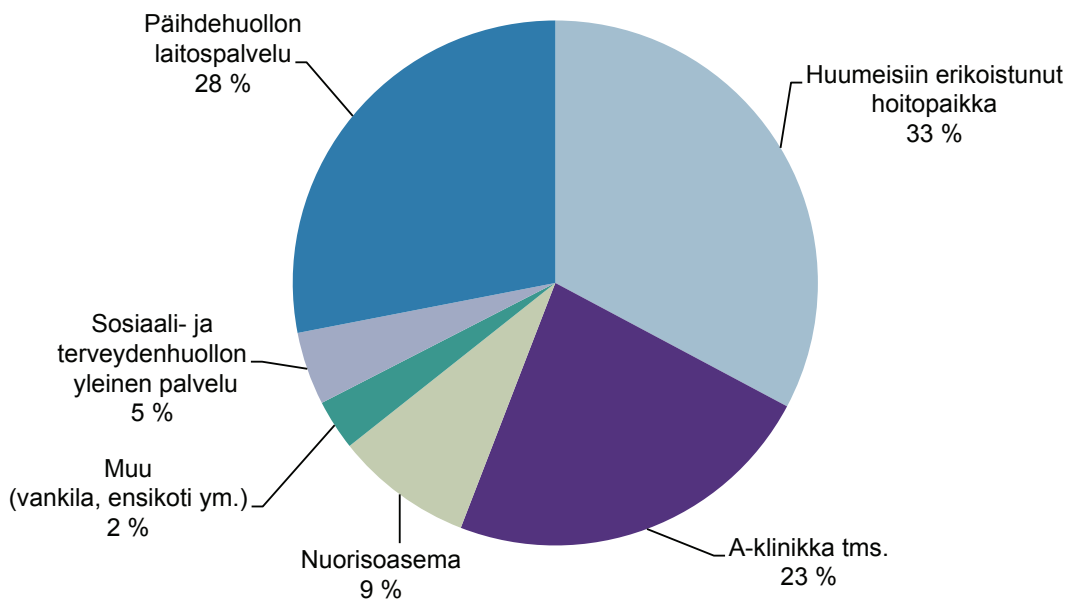
Päihdehoitoon hakeutuneista huumehoidon asiakkaista 63 prosentilla hoitojakso oli alkanut vuoden 2013 aikana. Hoito jatkui edelliseltä vuodelta 15 prosentilla ja tätä aiemmin alkaneita hoitojaksoja oli 22 prosentilla asiakkaista. Kuitenkin vain 10 prosentilla asiakkaista ei ollut lainkaan aikaisempia hoitokontakteja huumeiden käytön vuoksi. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Huumeongelmaan tarjottu hoito

Lähes kaksi kolmasosaa (63 %) tiedonkeruun kattamasta huumehoidosta annettiin avohoidossa. Yleisimmät hoitomuodot olivat avohoidon opioidiriippuvaisten korvaushoito (29 %), avohoidon arviointijakso (15 %) ja kuntouttava laitoshoido (14 %).

Hoitoon hakeutuminen oli yleisimmin tapahtunut oma-aloitteisesti (35 %). Päihdehuollon palveluiden kautta huumehoitoon oli hakeutunut 30 ja sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palveluiden kautta 25 prosenttia asiakkaista. Kaikkein nuorimpien asiakkaiden hoitoon ohjautuminen erosi muista ikäryhmistä. Perhe tai ystävät olivat toimineet hoitoon ohjaajana 17 prosentilla alle 20-vuotiaista asiakkaista. Alaikäisistä eli alle 18-vuotiaista 47 prosenttia ohjautui hoitoon lastensuojelun lähettämänä. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Muita samanaikaisia hoitokontakteja oli 40 prosentilla kaikista asiakkaista. Yleisimmät samanaikaiset hoitokontaktit olivat päihdehuollon avohoito (25 % kaikista asiakkaista), sosiaali- ja terveydenhuollon yleisten palvelujen avohoito (8 %), terveysneuvontapiste (7 %) ja itsehoitoryhmä (5 %). (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)



Kuvio 9. Huumeasiakkaat (N = 2 089) hoitopaikan tyypin mukaan

Lähde: Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.

5.3 Asiakastrendit päihde- ja huumehoidossa

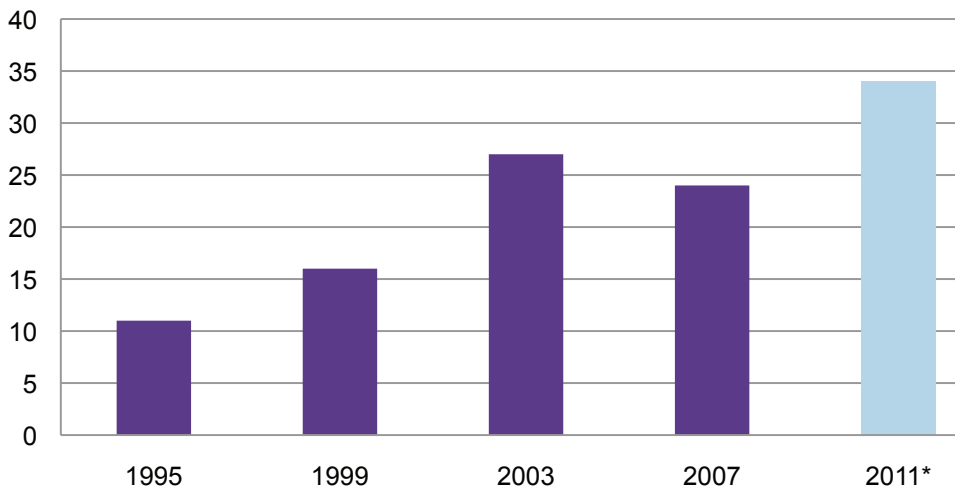
Kuten edellä on kuvattu, suomalainen päihdepalvelujärjestelmä on hajanainen ja edellyttää sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen huomioimista. Huumeisiin liittyvän hoidon määrää pyritään kuvaamaan yleisillä hoitotilastoilla (ks. 6.2 sairaaloiden huumehoitajaksot sekä kuvio 11) sekä poikkileikkaustutkimuksella. Päihdetapauslaskennassa kerätään yhden päivän aikana tietoja päihteiden aiheuttaman vamman tai päihteiden käytön vuoksi tai päihtyneenä sosiaali- ja terveyspalvelujen (pl. lasten päivähoito) toimintayksiköiden palveluja käyttäneistä asiakkaista. Tutkimus tehdään joka neljäs vuosi. Huumeiden käytön osalta laskentoja on toteutettu vertailukelpoisessa muodossa vuodesta 1995 lähtien. Päihdetapauslaskennan tietojen pohjalta voidaan arvioida huumeasiakkaiden osuutta kaikista laskennassa mukana olevista sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista.

Päihdetapauslaskenta

Viimeinen päihdetapauslaskenta toteutettiin vuoden 2011 lokakuussa. Tuolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehtiin vuorokauden aikana 11 738 päihde-ehdoista asiointia. Eniten asiointeja tehtiin terveydenhuoltoon ja päihdehuollon erityispalveluihin. Päihdehuollon erityispalveluiden asiakasmäärät ovat viime vuosina kuitenkin vähentyneet. Erityisesti siirtymä kuntouttavista laitospalveluista asumispalveluiden suuntaan on nähtävissä, mutta samanaikaisesti myös sairaalahoidon osuus on lievästi kasvanut. Huomionarvoista on myös se, että perusterveydenhuollon avohoidossa näkyy aiempaa enemmän päihde-ehdoista asiointia. (Kuussaari ym. 2012.)

Vuonna 1995 joka kymmenennessä päihde-ehdoissa asiointissa mukana oli myös laittomien huumeiden käyttöä. Vuonna 1999 vastaava osuus oli 16 prosenttia ja vuonna 2003 osuus oli 27 prosenttia. (Nuorvala ym. 2004.) Vuoden 2007 laskennassa huume-ehdoisten asiointien (25 %) osuus oli laskenut hieman edelliseen laskentakertaan verrattuna (Nuorvala ym. 2008).

Päihteiden käyttöä koskevaa kysymyksenasettelua muutettiin vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa siten, että käytettyjä päihteitä kysyttiin viimeisen 12 kuukauden ajalta. Tällaista aikarajoitusta kysymyksenasettelussa ei ole ollut aikaisemmissa laskennoissa. Onkin syytä huomioida, että tulokset eivät tältä osin ole täysin vertailukelpoisia. Vuoden 2011 aineistossa jotain laitonta huumetta viimeisen vuoden aikana oli käytetty 34 prosentissa päihde-ehdoista asioinneista. Kannabis oli yleisimmin käytetty laiton päihde vuoden 2011 laskennassa. Sitä oli käytetty 18 prosentissa päihde-ehdoista asioinneista. Amfetamiinin käyttöä oli puolestaan 14 prosentissa ja buprenorfiinin käyttöä oli 13 prosentissa päihteisiin liittyvistä asioinneista. (Kuussaari 2013.)



*Vuonna 2011 kysymyksenasettelua muutettiin, joten tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia aikaisempiin vuosiin verrattuna. Prosentit on laskettu niistä, joille oli merkitty vähintään yksi päihde. Vuodesta 2003 lähtien mukana ovat myös ne asionnit, joissa on ilmoitettu käytettävän huumeita pistämällä, vaikka eri aineiden käytöstä ei olisi tietoa.

Kuvio 10. Huume-ehdoisten asiointien osuus päihde-ehdoisista asioinneista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa vuosina 1995–2011.

Lähde: Kuussaari 2013.

Vuosien 1999 ja 2003 nopean kasvun taustalla ei ole pelkästään hoitopalvelujen kysynnän lisääntyminen vaan myös palvelurakenteen muutokset. 1990-luvun lopulla perustettiin ensimmäiset terveysneuvontapisteet ruiskuhuumeiden käyttäjille, mikä näkyi päihdehuollon avopalvelujen käytön lisääntymisessä. Opioidiriippuvuuden korvaushoito aloitettiin laajemmassa mitassa Suomessa vasta vuonna 2002, mikä puolestaan heijastui sekä päihdehuollon että myös terveydenhuollon avopalvelujen huumeasiakkaiden määriin vuosina 2003 ja 2007. Toisaalta vuonna 2004 Suomessa toteutettiin alkoholijuomaveron alennus, mikä lisäsi alkoholin kulutusta ja vaikutukset näkyvät viiveellä alkoholiongelmaisten suhteellisen osuuden lisääntymisessä varsinkin vuoden 2007 päihdetapauslaskennassa. Erityisesti yli 50-vuotiaiden ikäluokka oli voimakkaassa kasvussa. Vuonna 2007 päihdetapauslaskennassa saatiin suhteellisen vähän tietoja pistoskäyttäjille tarkoitetuista terveysneuvontapisteistä, mikä on saattanut johtaa aliarvioon huumeaineiden käyttäjien osuudesta vuoden 2007 tutkimuksessa. (Huhtanen 2008; Nuorvala ym. 2008.)

Uusimmassa, vuoden 2011, päihdetapauslaskennassa huume-ehdoisten asiointien määrä kasvoi selvästi aikaisempiin laskentakertoihin verrattuna. Yksi selitys tälle saat-
taa olla se, että opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevien huumeiden käyttäjien
määrä on viime vuosina noussut ja näiden asiakkaiden todennäköisyys tulla mukaan
päihdetapauslaskentaan on suurempi kuin esimerkiksi pitkässä terapiasuhteessa olevan
asiakkaan (Kuussaari & Partanen 2014). Vuoden 2011 laskennassa saatiin myös jonkin
verran edellistä laskentakertaa enemmän vastauksia huumeiden käyttäjien terveysten-
vontapisteistä, joten tämä näkyy niin ikään huumeiden käyttäjien osuuden kasvuna
koko aineistossa. Huume-ehdoisten asiointien määrän lisääntymiseen vaikuttanee myös
se, että joihinkin yksittäisiin aineisiin liittyvät asiointit olivat lisääntyneet edelliseen
laskentakertaan verrattuna. Vuoden 2011 aineistossa oli kannabiksen käyttöön liitty-
viä asiointeja noin yhdeksän prosenttia enemmän kuin vuonna 2007 ja buprenorfi-
nin käyttöön liittyviä asiointeja 19 prosenttia enemmän kuin edellisessä laskennassa.
(Kuussaari 2013.)

Taulukosta 11 nähdään, että huume-ehdoisten asiointien osuus oli suuri etenkin
päihdehuollon erityispalveluissa. Terveysten-
vontapisteisiin tehdyistä päihde-ehdoisista
asiointeista yli 90 prosentilla oli laittomien huumeiden käyttöä. Myös nuorisotasemien
päihdeasiointeista liittyvistä asiointeista valtaosassa (70 %) mukana oli laittomien huumeiden
käyttöä. A-klinikoiden päihde-ehdoisista asiointeista laittomien huumeiden käyttöä
viimeisen vuoden aikana oli ollut 56 prosentilla. Laittomien päihdeiden käyttö näkyy
myös yleisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin tehdyissä päihdeasiointeissa liittyvissä
asiointeissa. Lasten ja nuorten laitosten ja ammatillisen perhehoidon päihde-ehdoisista
asiointeista 68 prosentissa mukana oli jokin laiton huume. Psykiatristen sairaaloiden
poliklinikoiden ja terveyskeskusten päihdeasiointeista liittyvistä asiointeista noin kolmasosassa
oli mukana laittomat päihdeet. Sen sijaan kotiin (kotipalvelu, kotisairaanhoido) vietävissä
palveluissa laittomien huumeiden käyttäjiä tavattiin selvästi harvemmin. Terveysten-
vontapisteissä, nuorisotasemilla ja lastensuojeluyksiköissä myös lääkkeiden päihdekäyttö
näyttäisi olevan yleisempää kuin pelkän alkoholin käyttö. (Kuussaari 2013.)

Taulukko 11. Viimeisen vuoden aikana jotain laitonta päihdettä, lääkkeitä, vain alkoholia käyttäneet ja alkoholia käyttäneet päihde-ehdoiset asiakinnit toimintayksikkötyypeittäin vuoden 2011 päihdetapauslaskennassa.

	Jokin laiton huume %	Lääkkeiden päihdekäyttöä %	Vain alkoholia käyttäneitä %	Alkoholia käyttäneitä %	N
PÄIHDEHUOLLON ERITYISPALVELUT					
A-klinikka	56	38	36	78	1657
Nuorisoasema	70	40	24	85	88
Huumeiden käyttäjien terveysneuvontapiste	92	50	4	58	197
Päiväkeskus	28	21	51	80	781
Katkaisuhoitoasema	41	37	50	88	267
Päihdehuollon kuntoutuslaitos	45	37	45	86	572
Päihdehuollon asumispalvelu	19	16	57	84	1079
Ensisuoja	21	22	59	98	82
YLEISET SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUT					
Kotipalvelu	3	10	83	94	731
Lasten ja nuorten laitokset ja ammatillinen perhehoito	68	44	24	83	142
Sosiaalitoimisto	24	18	58	86	878
Psykiatrisen sairaalan poliklinikka	36	26	52	84	608
Terveyskeskus avoterveydenhuolto	32	22	52	80	871
Terveyskeskus kotisairaanhoido	4	11	85	94	110
Yleissairaalan poliklinikka	17	17	62	84	109

Lähde: Kuussaari 2013.

Vuoden 2011 päihdetapauslaskennan aineistossa laittomien huumeiden käyttöä oli lähes puolella (48 %) päihdehuollon erityispalveluiden käyttäjistä sekä 31 prosentilla terveydenhuollon avopalvelujen ja noin viidenneksellä (22 %) terveydenhuollon vuodeosastopalvelujen päihdeasiakkaista. Huumausaineita käyttäneiden naisten osuus päihdetapauslaskennan asiakaskunnasta oli noin 30 prosenttia sekä avo- että laitospalveluissa. Huumeasiakkaat ovat suhteellisen nuoria muihin päihteiden ongelmakäyttäjiin verrattuna. Kun kolme neljästä (75 %) alle 40-vuotiaasta päihteiden vuoksi hoidossa olleesta asiakkaasta oli käyttänyt jotain laitonta huumetta viimeisen vuoden aikana, oli 40–49 vuotiaasta käyttänyt huumeita 16 prosenttia ja tätä vanhempien osuus oli alle kymmenen prosenttia. Iän lisäksi huumausaineasiakkaat erosivat muista päihdeasiakkaista huono-osaisuuden ja mielenterveysongelmien osalta. Huumausaineiden käyttäjien asunnottomuus oli yleisempää kuin muilla asiakkailla ja reilulla puolella jotain laitonta huumetta käyttäneistä asiakkaista todettiin myös masentuneisuutta ja muita mielenterveyden häiriöitä. (Kuussaari 2013.)

6 Huumeisiin liittyvät terveyshaitat

Tartuntatautirekisteriin kirjatut ruiskuhuumevälitteiset hiv-tartunnat sekä C-, B- ja A-hepatiittitapaukset ovat selkeästi vähentyneet viimeisen vuosikymmenen aikana. Ruiskuhuumeiden käyttäjien A- ja B-hepatiittirokotuksilla on ollut suuri merkitys huumeisiin liittyvien tartuntatautien vähenemisessä. Rokotusohjelman mukaan huumeita pistämällä käyttävät, heidän seksikumppaninsa sekä samassa taloudessa olevat saavat sekä A- että B-hepatiittirokotuksen maksuttomasti.

Terveysneuvontapisteiden toiminta on osoittautunut kustannustehokkaaksi tavaksi vähentää huumeisiin liittyviä terveyshaittoja. Sosiaali- ja terveysneuvontapisteet tarjoavat terveysneuvontaa ja erilaista tukea omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen. Terveysneuvonnan lisäksi niissä on mahdollisuus vaihtaa käytetyt pistosvälineet puhtaisiin kertakäyttövälineisiin, saada A- ja B-hepatiittirokotuksia, ottaa hiv- ja hepatiittitestejä, saada haavahoitoa ja lievien ihotulehdusten hoitoa sekä ohjausta ja tukea muihin hoitopaikkoihin hakeutumiseen tai asioiden hoitamiseen.

Huumausaineisiin liittyvien kuolemien määrä kasvoi muiden haittojen tapaan vuosituhannen vaihteessa, mikä oli seurausta 1990-luvulla lisääntyneestä huumeiden käytöstä. Kuolemien määrä pysyi kasvun jälkeisellä korkeammalla tasolla 2000-luvun alkupuolella. Oikeuskemiallisen tutkimuksen paljastamat huumausainelöydökset ovat edelleen yleistyneet. Muuntohuumeet näkyvät jo myös oikeuskemiallisissa tutkimuksissa.

Huumekuolemien määrän lisääntymiseen liittyy sekakäytön yleisyys, huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielenterveysongelmat. Sekakäytön vaarojen tiedostaminen olisi erityisen tärkeää opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttötapauksissa. Sekakäyttötapauksissa erityisesti buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja alkoholin osalta kuolema on tapahtunut tyypillisesti henkilön nukkuessa.

6.1 Huumeisiin liittyvät tartuntataudit

60 prosenttia huumehoidon tiedonkeruuseen tietoja lähettäneiden yksiköiden huumeasiakkaista oli käynyt kaikissa kolmessa, Hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testissä. Hiv-testissä oli käynyt 69 prosenttia, B-hepatiittitestissä 62 prosenttia ja C-hepatiittitestissä 74 prosenttia asiakkaista. Hepatiitti A -testissä asiakkaista oli käynyt 53 prosenttia. Puuttuvien tietojen määrä vaihteli testeittäin 17 prosentista 36 prosenttiin. Eniten puuttuvia tietoja oli hepatiitti A -testin kohdalla. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Pistämällä joskus huumeita käyttäneistä Hiv-testeissä käyneistä ja myös testituloksen saaneista 14 (n = 1 302) Hiv-positiivisia oli yksi prosentti. Vastaavasti pistämällä

huumeita käyttäneistä ja hepa- tiitti C -testituloksen saaneista (n = 1 425) oli hepatiitti C -positiivisia 64 prosenttia. A-hepatiittitestin osalta 2 prosenttia ja B-hepatiittitestin osalta 2 prosenttia pistämällä huumeita käyttäneistä ja testi- tuloksen saaneista oli saanut positiivisen tuloksen. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Hepatiitti C -positiivisten osuus lisääntyi pistämisen keston myötä, kun pistämisen kesto laskettiin nykyisen iän ja pistämisen aloittamisiän välisenä erotuksena. Positiivisen testituloksen saaneiden osuus alle 8 vuotta pistäneiden luokissa lisääntyi aineistossa jonkin verran edellisestä vuodesta. Myös hepatiitti C -testeissä käyneiden osuus kasvoi pistämisen laskennallisen keston mukaan.

Pistämällä joskus elämänsä aikana huumeita käyttäneistä puolet (54 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen ja 40 prosenttia oli saanut kaikki kolme annosta. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013.)

Hiv

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautirekisterin mukaan vuonna 2013 ilmoitettiin 157 uutta hiv-tartuntaa (159 tapausta v. 2012). Suurin osa tartunnoista oli saatu seksiteitse. Ruiskuhuumeiden käyttöön liittyviä tartuntoja todettiin vain kolme. (Jaakola ym. 2014.)

Tartuntatautirekisterin mahdollistaman passiivisen seurannan lisäksi Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on tehnyt noin vuoden välein hiv- ja hepatiitti C -viruksen esiintyvyyttä kartoittavia esiintyvyytutkimuksia. Tutkimusten avulla on pyritty arvioimaan tartuntojen esiintyvyyttä myös niiden ruiskuhuumeiden käyttäjien osalta, jotka eivät hakeudu diagnostiseen testaukseen. Tutkimustulosten mukaan hiv:n esiintyvyys ruiskuhuumeidenkäyttäjien keskuudessa on vuosituhanen vaihteen epidemiasta huolimatta pysytellyt noin 1–2 prosentissa, mikä on kansainvälisesti vertaillen erittäin matala taso. (Arponen ym. 2008.)

C-hepatiitti

Uusia hepatiitti C -tartuntoja todettiin 1 172 vuonna 2013 (1 167 tapausta v. 2012). Tartuntatapa puuttui lähes 40 % tapauksia, ja noin puolessa tapauksissa tartuntatavaksi ilmoitettiin ruiskuhuumeiden käyttö. Hepatiitti C -vasta-aineiden esiintyvyyden on todettu olevan ruiskuhuumeita käyttävien keskuudessa erittäin korkea, 80 %:n luokkaa. Tästä johtuen esiintyvyyden kääntäminen laskuun on vaikeaa huolimatta ruiskujen ja neulojen vaihto-ohjelmista. (Jaakola ym. 2014.)

Taulukko 12. Hepatiitti C lääkärin ilmoitusten mukaan tartuntatavoittain, 2005–2013.

	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ruiskuhuumeet	629	468	574	516	596	600	615	607
Seksi	62	68	74	70	73	86	69	85
Perinataali	5	3	11	9	10	11	7	3
Verituotteet	24	21	20	2	9	7	7	9
Muu	34	28	34	31	38	39	31	37
Tuntematon	490	577	429	422	406	417	450	445
Yhteensä	1241	1165	1142	1050	1132	1160	1179	1186

Lähde: Jaakola ym. 2014.

B-hepatiitti

Vuonna 2013 tartuntatautirekisteriin ilmoitettiin 20 akuuttia hepatiitti B -tartuntaa, 13 miehillä ja seitsemän naisilla. Tartunnan saaneista 16 oli suomalaisia. Tartuntatapatiedettiin 11 tapauksessa, joissa kaikissa se oli seksi yhtä lukuun ottamatta. (Jaakola ym. 2014.)

A-hepatiitti

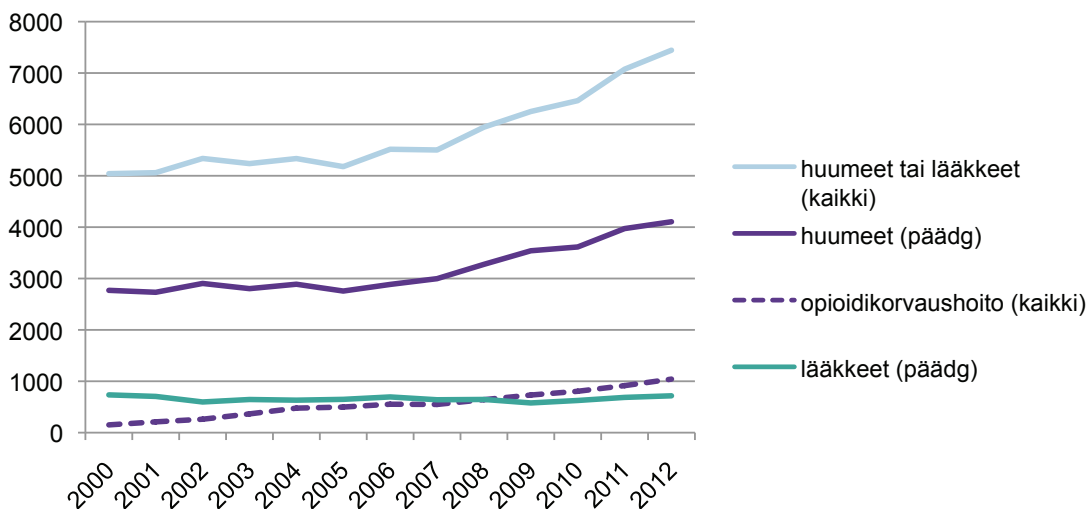
Vuonna 2013 ilmoitettiin 41 hepatiitti A -tapausta, mikä oli viisi kertaa enemmän kuin edellisellä vuonna. Tartunnoista 20 oli saatu Suomessa ja 12 ulkomailla, yhdeksän tapauksen tartuntapaikkaa ei ilmoitettu. Poikkeuksellisen suuri tapausmäärä edeltäviin vuosiin verrattuna ja suuri kotimaassa saatujen tartuntojen osuus johtui pakastemarjojen välityksellä levinneestä epidemiasta. (Jaakola ym. 2014.) Ruiskuhuumeita käyttävät henkilöt, heidän seksikumppaninsa ja samassa taloudessa asuvat henkilöt ovat saaneet vuodesta 2005 kansallisen rokotusohjelman mukaisesti maksuttoman A-hepatiittirokotuksen. Myös matkailijoiden A-hepatiittirokotukset ovat yleisiä.

6.2 Huumesairaudet terveydenhuollossa

Sairaaloissa hoidettiin vuonna 2012 huumeiden käyttöön tai lääkkeiden päihdekäyttöön liittyen ainakin 7 444 asiakasta³¹. Huumesairaus oli pääasiallisena diagnoosina 4 105 asiakkaalla. Pää- tai sivudiagnoosina huumesairaus esiintyi 6 016 potilaalla. Päihdyttävien lääkkeiden käyttöön liittyvä sairaus oli päädiagnoosina 717 asiakkaalla, mutta oli sivudiagnoosina yleisempi (pää- tai sivudiagnoosina 1 428 asiakkaalla). Lisäksi sairaaloissa hoidettiin yli 6 000 lääkeainemyrkytyspotilasta, joista oletettavasti vain pieni osa liittyi päihdekäyttöön.

31 Tiedot perustuvat hoitoilmoistustuksiin (HILMO) ympärivuorokautisesta hoidosta sairaaloissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä erikoissairaanhoidon avohoido käynneistä. Tiedot eivät sisällä sosiaalihuollon, terveyskeskusten tai yksityisten lääkäriasemien käynnejä. Asiakkaiden määrä on laskettu siten, että kukin asiakas on laskettu vain kerran.

Huumeasiakkaiden määrä on viime vuosina noussut tasaisesti, kun taas lääkkeiden käytön vuosi hoidettujen määrä on pysynyt ennallaan. Kaksi kolmasosaa asiakkaista oli 20–35-vuotiaita. Naisia oli kolmasosa hoidetuista.



Kuvio 11. Huumeasiakkaiden määrän kehitys 2000–2012.

Lähde: Terveystieteiden tutkimuskeskus. SVT. THL.

Yleisin huumesairauksien päädiagnoosi oli opioidiriippuvuus (F11.2), joka on kasvanut tasaisesti viime vuosina. Samalla sekakäytön (F19.2) ja muiden huumeaineiden riippuvuuden hoito on vähentynyt, joten ainakin osa trendistä selittyy tarkentuneella diagnostiikalla ja kirjaamisella.

Vuoteen 2011 verrattuna opioidiriippuvaisten potilaiden (+4 %) ja hoitovuorokausien (+3 %) määrän kasvu oli maltillista myös vuonna 2012. Sen sijaan hoitojaksojen (+31 %) ja poliklinikkakäyntien (+52 %) määrien kasvua selittävät alueelliset muutokset hoito- ja kirjaamiskäytännöissä.³²

Opioidikorvaushoidon (F11.22) yleistymisen on merkittävästi vaikuttanut myös huumeapotilaiden määrään ja sairaaloissa tehtäviin kirjauksiin. Vuonna 2012 erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä 57 522³³ liittyi opioidikorvaushoidon toteuttamiseen. Keskimäärin käyntejä oli vuoden aikana 74, mutta puolella korvaushoitoasiakkaista oli alle 12 käyntiä vuoden aikana.

³² Poliklinikka käyntien kasvu selittyy sillä, että vuoteen 2011 verrattuna Varsinais-Suomeen opioidikorvaushoitoasiakkaiden käynnit kirjaantuivat erikoissairaanhoidon ja hoitojaksojen osalta lisäys selittyy lähes kokonaan Pohjois-Pohjamaan muuttuneilla hoitokäytännöillä.

³³ Näistä käynneistä noin 20 000 oli Turun kaupungin perustason erikoissairaanhoidossa.

Taulukko 13. Opioidikorvaushoitoasiakkaiden käyntikerrat erikoissairaanhoidossa vuonna 2012.

	yhteensä käyntejä	potilaita
alle 12 käyntiä vuodessa	1 005	388
13–99 käyntiä vuodessa	8 822	176
100–199 käyntiä vuodessa	12 686	89
200–299 käyntiä vuodessa	19 862	80
yli 300 käyntiä vuodessa	15 449	43

Lähde: Terveystieteiden tutkimuskeskus, SVT, THL.

Selvityksen mukaan 30.11.2011 opioidikorvaushoitoasiakkaista oli 2 439. Vuonna 2011 sairaaloissa 915 asiakkaalla oli hoidon pää- tai sivudiagnoosina opioidikorvaushoidon toteuttaminen, joten kolmasosa korvaushoitoasiakkaista kävi vuoden aikana myös erikoissairaanhoidon poliklinikalla tai vuodeosastohoitojaksolla. Vain 11 prosenttia korvaushoitoasiakkaista saa selvityksen mukaan pitempiaikaisesti korvaushoitolääkkeensä erikoissairaanhoidosta. (Partanen ym 2014.)

Taulukko 14. Huumesairauksien hoitojaksot sairaaloissa.

PÄÄDIAGNOOSINA					
	2000	2005	2010	2011	2012
Riippuvuus					
opioideista (F11.2)	492	485	627	701	915
Riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä (F13.2)	178	177	124	122	128
Riippuvuus muista huumaus-aineista ¹	786	646	551	529	512
Välittömät vieroitusoireet (F1x.3-4)	267	182	194	199	212
Pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät (F1x.5-9)	645	389	477	445	437
Muut diagnoosit (F55, R78.1-5, Z50.3, Z72.2, O35.5, Po4.4, Pg6.1)	88	119	104	136	133
Päihtymystilat (F1x.0-1)	429	270	319	382	349
Varmennetujen huumausaineiden myrkytykset ²	219	199	183	188	189
Tarkentamattomien huumaus- ja lääkeaineiden myrkytykset ³	1 049	1 056	772	822	788
Yhteensä	4 135	3 523	3 351	3 524	3 663
SIVUDIAGNOOSINA					
	2000	2005	2010	2011	2012
Riippuvuus					
opioideista (F11.2)	564	595	896	997	1 285
Riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä (F13.2)	587	626	479	476	404
Riippuvuus muista huumaus-aineista ¹	1 625	1 390	1 417	1 407	1 466
Välittömät vieroitusoireet (F1x.3-4)	322	224	237	236	263
Pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät (F1x.5-9)	789	490	605	536	544
Muut diagnoosit (F55, R78.1-5, Z50.3, Z72.2, O35.5, Po4.4, Pg6.1)	158	259	243	283	283
Päihtymystilat (F1x.0-1)	793	635	856	932	852
Varmennetujen huumausaineiden myrkytykset ²	239	225	218	225	209
Tarkentamattomien huumaus- ja lääkeaineiden myrkytykset ³	1 317	1 405	1 193	1 204	1 152
Yhteensä	6 394	5 849	6 144	6 322	6 483

1) F12.2, 14.2, 15.2, 16.2, 17.2, 19.2.

2) Poislukien itsemurhat ja niiden yritykset. Päihtymistarkoituksessa käytettyjä huumaus- ja lääkeaineita kuten opioideja ja uni- ja rauhoittavia lääkkeitä: T40.0-0, T36 ja seuraavat ATC-koodit No6B, No7XA, No7XX, No1AH, No2A, Mo1AB, Mo3BC, Mo3BX, No7BC, No3AA, No1AF, No3AE, No5BA, No5BB, No5C. Lisäksi X41, X42, T43.6, T50.7, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7.

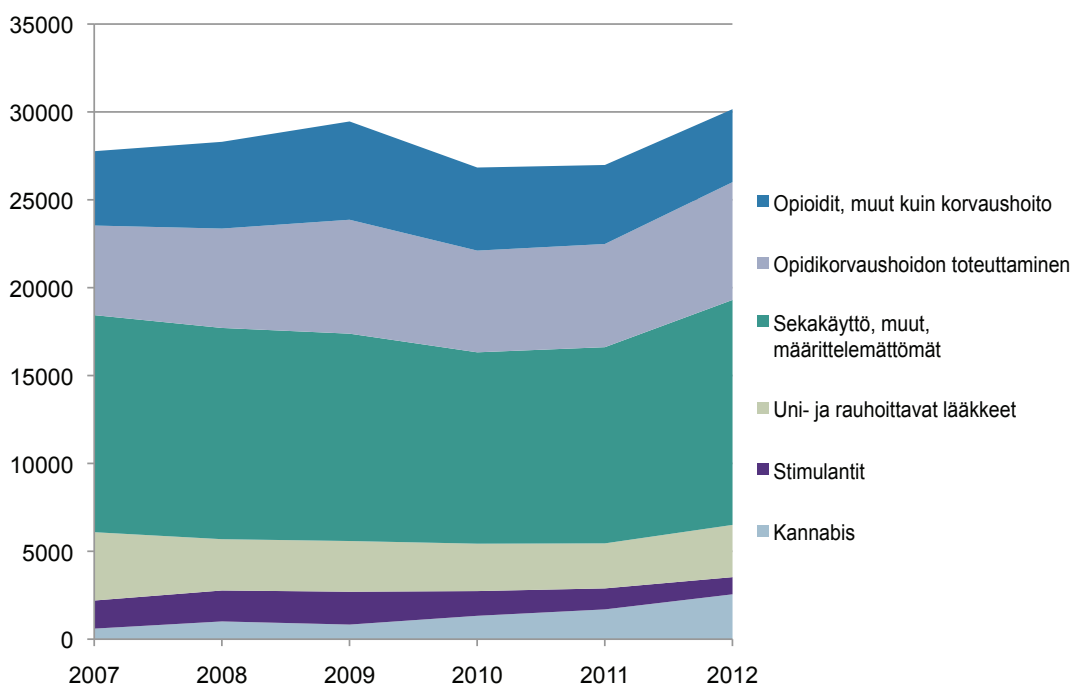
3) Poislukien itsemurhat ja niiden yritykset. Myrkytykset, joiden aiheuttamaa lääkeainetta ei ole tarkennettu. Oletettavasti ryhmään kuuluu a) runsaasti sekakäytöstä aiheutuneita myrkytyksiä b) myös muiden kuin päihdyttävien aineiden myrkytyksiä c) itsemurhia ja niiden yrityksiä, joita ei ole kirjattu.

Lähde: Terveydenhuollon laitoshoido. SVT.

Opioidien käytöstä seuraa eniten sekä erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä, vuodeosastojaksoja että hoitovuorokausia vuodeosastolla. Opioidien tarkempi diagnoosi on lähes aina opioidiriippuvuus. Stimulanttien ja kannabiksen käyttäjille tyypillisimpiä diagnooseja ovat psykoosit (pitempiaikaiset aivo-oireyhtymät F1x.5-9). Stimulanttien käytön aiheuttamien hoitajaksojen osuus (3 %) kaikista hoitovuorokausista oli kuitenkin pieni. Myös kannabiksen käytön aiheuttamien hoitajaksojen osuus (8 %) oli pieni, mutta hoitopäivien absoluuttinen määrä on voimakkaassa kasvussa (kaksinkertaistunut vuodesta 2009).

Hoitajaksojen määrä uni- ja rauhoittavista lääkkeistä riippuvaisilla (F13.2) on laskenut vuosista 2005–2006. Sivudiagnoosina riippuvuus uni- ja rauhoittavista lääkkeistä ei ole vähentynyt yhtä voimakkaasti, eikä hoitopäivien määrässä ole tapahtunut juurikaan muutosta.

Vuodeosastolle tai erikoissairaanhoidon päivystyksen voidaan ottaa hoitoon myös päihtymyksen takia. Huumepäihtymysten aiheuttamat hoitajakset ja käynnit ovat olleet viime vuosina lievässä kasvussa. Alkoholipäihtymyksen vuoksi hoitoa annetaan kuitenkin kymmenkertaisesti huumepäihtymyksiin verrattuna.



Kuvio 12. Hoitovuorokausien jakaantuminen vuonna 2012 aineittain.

Lähde: Terveystieteiden tutkimuskeskus, SVT.

THL:n sairastavuustilastointitutkimuksessa yhdistettiin terveydenhuollon ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin sekä Kelan vammaisuusrekisterin tiedot. Huumeiden käytön aiheuttamien käyttäytymishäiriöiden ja elimellisten aivo-oireyhtymien (F11-F16, F18, F19) ikävakioitu esiintyvyys oli miehillä 16,5/10 000 ja naisilla 8,1/10 000 vuonna 2009. Miehillä esiintyvyys oli noin kaksinkertainen naisiin nähden. Absoluuttiset lukumäärät olivat 4 141 (miehet) ja 2 071 (naiset). Huumesairauksien (pl. myrkytykset) ikävakioitu esiintyvyys kasvoi vuosina 2005–2009 sekä miehillä että naisilla lähes neljänneksen. (Gissler ym. 2012).

Huumaus- ja lääkeainemyrkytysten osalta sairaaloiden hoitoilmoitukset ovat monitulkintaisia. Hoitojaksoja on paljon, mutta on vaikeaa arvioida, missä määrin hoitotaksot liittyvät ollenkaan huumeiden tai päihteiden käyttöön. Päihdekäyttöön liittyy suuri osa tarkentamattomista lääke- ja huumemyrkytyksistä, joiden tarkoituksena ei ole ollut itsemurha tai sen yritys. Tarkentamattomien myrkytysten määrän suuruusluokka on joka tapauksessa oikeampi kuin pitäytyessä pelkästään huumeiden ja päihdelääkkeiden varmennetuissa myrkytyksissä. Asiaa on pohdittu tarkemmin Huumetilanne Suomessa 2012 -julkaisussa (Varjonen ym. 2013).

6.3 Huumausainekuolemat ja huumeiden käyttäjien kuolleisuus

Huumausainekuolemia voidaan tarkastella kolmella tavalla: ainelöydösten, kuolemansyiden ja tapaturmaisten myrkytysten perusteella. Ainelöydösten määrä perustuu ruumiinavauksissa tehtyihin positiivisiin huumausainelöydöksiin. Tällöin huumausaineella ei välttämättä ole välitöntä tai merkittävää välillistä syytä kuolemaan. Suomessa tutkitaan huumeiden varalta kaikki epäselvät tai epäilyksen alaiset kuolemat. Kuolemansyiden mukainen tilastointi perustuu EMCDDA:n protokollaan, jossa huumekuolemiksi on määritelty tahalliset ja tahattomat myrkytykset sekä huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden häiriö. Suomessa kuolemansyytilastoa ylläpitää Tilastokeskus.

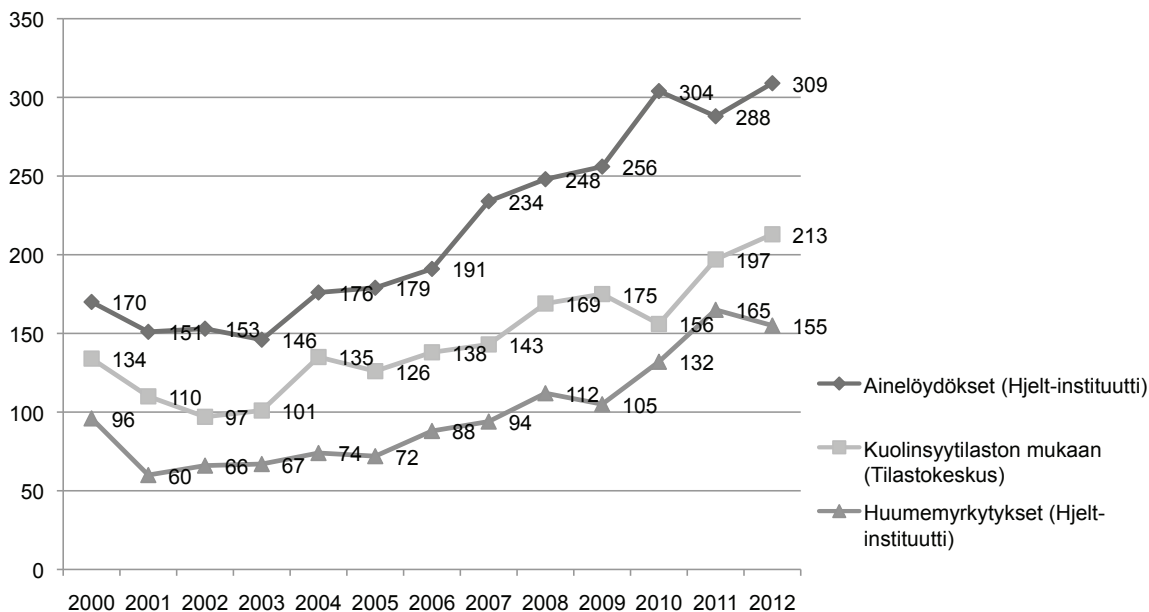
Taulukko 15. Huumekuolemat maakunnittain 2006–2010 ja v. 2010 väestömäärään suhteutettuna (100 000)*.

	2006	2007	2008	2009	2010	2010
KOKO MAA - HELA LANDET	138	143	169	175	156	2,9
MANNER-SUOMI	138	143	169	174	156	2,9
Uudenmaan maakunta	55	54	60	69	61	4,0
Pääkaupunkiseutu	48	43	47	55	50	4,8
Varsinais-Suomen maakunta	15	17	17	17	24	5,2
Satakunnan maakunta	alle 5	alle 5	7	6	6	2,6
Kanta-Hämeen maakunta	alle 5	5	7	5	alle 5	2,3
Pirkanmaan maakunta	12	13	8	15	8	1,6
Päijät-Hämeen maakunta	6	alle 5	7	alle 5	alle 5	2,0
Kymenlaakson maakunta	alle 5	10	6	5	8	4,4
Etelä-Karjalan maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	0,7
Etelä-Savon maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	1,3
Pohjois-Savon maakunta	6	1	11	11	8	3,2
Pohjois-Karjalan maakunta	5	7	alle 5	5	5	3,0
Keski-Suomen maakunta	7	7	8	7	6	2,2
Etelä-Pohjanmaan maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	2,1
Pohjanmaan maakunta	alle 5	alle 5	5	alle 5	alle 5	0,6
Keski-Pohjanmaan maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	1,5
Pohjois-Pohjanmaan maakunta	10	9	11	10	9	2,3
Kainuun maakunta	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	3,6
Lapin maakunta	alle 5	alle 5	8	alle 5	alle 5	0,5
AHVENANMAA	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	alle 5	0,0

*Tilasto perustuu kuolinsyyrekisterin mukaiseen laskentaan, jossa huumekuolemiksi on määriteltä tahalliset ja tahattomat myrkytykset sekä huumeiden käytöstä johtuva mielenterveyden häiriö

Lähde: Tilastokeskus, Kuolinsyyrekisterit, poiminta 2012.

Kuviossa 13 huumausainekuolemien kehitystä kuvataan huumausainelöydösten ja kuolinsyiden ja huumemyrkytysten perusteella. Muutokset näissä huumausainekuolematilastossa ovat 2000-luvulla varsin yhtenevät.



Kuvio 13. Huumausainekuolemat ainelöydösten, kuolinsyytilastojen ja huumemyrkytysten perusteella 2000–2012.

Lähde: Hjelt-instituutti ja Tilastokeskus (2013).

Buprenorfiinin huumausainekäyttö aiheutti 46 myrkytyskuolemaa vuonna 2010. Yleensä buprenorfiinin väärinkäytön aiheuttamissa myrkytyskuolemissa aine on nautittu pistämällä tai nuuskaamalla. Samanaikaisesti käyttäjä on ollut usein alkoholin ja bentsodiatsepiinien vaikutuksen alaisena ja tyypillisesti kuolema on tapahtunut henkilön nukkuessa. Buprenorfiinin jälkeen eniten huumausainekuolemia aiheutti tramadoli (26 tapausta), fentanyl (16 tapausta), metadoni (15 tapausta), kodeiini (7 tapausta), ja oksikodoni (5 tapausta). Heroiinia ja morfiinia todettiin kumpaakin yhdessä tapauksessa. (Vuori ym. 2012.)

Amfetamiiniryhmään on tilastoitu myös amfetamiinin tapaan ja sen korvikkeena käytetty MDPV, joka oli yleisin vainajanäytteissä todettu muuntohuume. Ekstaasilöydöksiä (MDMA) oli vuosina 2008–2010 alle kymmenen vuosittain. Metamfetamiini oli vuosina 2008–2010 selvästi yleisempi löydös: 11, 17 ja 18 vainajassa. Amfetamiinilöydöksille on tyypillistä usean amfetamiiniryhmän löytyminen samanaikaisesti. (Vuori ym. 2012.)

Uusista muuntohuumeista Suomessa todettiin 2010 vainajanäytteissä metylonia, mCPP:tä, 4-fluorimetamfetamiinia, 3-fluorimetamfetamiinia ja desoksipipradrolia (2-DPMP) kerran kutakin yhdistettä ja mefedronia kahdessa vainajassa. (Vuori ym. 2012.)

Vuonna 2009 vainajista todettiin poikkeuksellisen usein GHB:tä, 11 vainajassa, kun edellisenä vuotena löydöksiä oli vain 1 ja seuraavana vuonna 3. (Vuori ym. 2012.)

Vuonna 2010 kannabislöydöksiin liittyi 38 prosentissa tapauksista myös amfetamiinia ja 45 prosentilla todettiin buprenorfiinia. Kolmasosassa tapauksista todettiin myös alkoholia ja bentsodiatsepinin olivat niin ikään tavanomainen samanaikainen löydös. Vuodesta 2007 pregabaliinilöydökset ovat yleistyneet ja pregabaliinia todettiin vuonna 2010 huumausaineita käyttäneiden ryhmässä 65 vainajassa. Tulosten perusteella pregabaliinin päihdekäyttö liittyy usein opioidien väärinkäyttöön. (Vuori ym. 2012.)

Lääkeainemyrkytyksiin kuolleista (luokassa ovat mukana myös huumausaineet) vähän yli 60 prosenttia oli miehiä. Itsemurhien osuus lääkeainemyrkytyksistä oli 43–47 prosenttia tutkimusvuosina 2008–2011 ja osuus vaihteli eri lääkeaineryhmien aiheuttamissa kuolemissa. Kun löydös oli jokin beetasalpaajaa, masennuslääke, psykoosilääke tai unilääke, itsemurhien osuus oli keskiarvoa suurempi. Opioidimyrkytyskuolemista itsemurhia oli vain neljäsosa ja tapaukset painottuvat kodeiini- ja tramadolilöydöksiin. Yleisesti väärinkäytetyn buprenorfiinin aiheuttamat myrkytyskuolemat olivat harvoin itsemurhia, vuosina 2008 ja 2009 ei yksikään.

Taulukko 16. Oikeuskemiallisissa kuolinsyytutkimuksissa todetut huumausainelöydökset vv. 2007–2012.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Heroini	1	3	3	2	1	3
Buprenorfiini	97	104	111	156	150	129
Kannabinoidit	94	93	119	116	124	141
Amfetamiinit	94	73	94	113	93	114
Metadoni	26	33	34	34	27	21
Kokaiini	3	3	4	4	2	5
Gamma	2	1	11	3	11	20
Yhteensä	234	248	256	304	288	309

Lähde: Hjelti-instituutti (2014).

Tällä hetkellä väärinkäytetyin opioidi Suomessa on buprenorfiini. Opioidiriippuvaisten hoidossa käytetään lähes yksinomaan buprenorfiini – naloksone -yhdistelmävalmistetta (Suboxone), jonka tarkoitus on estää parenteraalista väärinkäyttöä lisätyn opioidiantagonistin avulla. Osa riippuvaisista kuitenkin väärinkäyttää buprenorfiini – naloksone -valmistetta. Puhdas buprenorfiinivalmiste (Subutex) on tavoitellumpi väärinkäytössä, ja sitä salakuljetetaan maahan. Vuonna 2010 180:ssä vainajassa todettiin buprenorfiinia. Löydöksistä 156 liittyi väärinkäyttöön ja näistä 46 oli myrkytyskuolemia, joissa buprenorfiini oli tärkein löydös. Vainajat olivat pääasiassa miehiä (85 %) ikämediaanin ollessa miehillä 31 vuotta ja naisilla 28 vuotta. Buprenorfiini ei juuri aiheuta sellaisenaan myrkytyskuolemia, vaan kuolemissa on aina mukana jokin keskushermostoa lamaava rauhoittava lääkeaine, kuten bentsodiatsepiini tai pregabaliini, tai alkoholi (Häkkinen ym. 2012a).

Vahvoilla ja heikoilla opioideilla on eroja väärinkäytön ja myrkytyskuolemien kannalta. Kodeiinia, tramadolia ja dekstropropoksifeenia otetaan usein suun kautta. Annoskoko suurenee helposti heikon vaikutuksen ja toleranssin takia, ja myrkytyskuolemissa todettavat lääkeainepitoisuudet veressä ovat huomattavasti suurempia kuin hoitopitoisuudet. Vahvat ja keskivahvat opioidit, kuten fentanyyli, metadoni ja buprenorfiini, otetaan yleensä parenteraalisesti (laskimonsisäisesti tai nuuskaamalla). Nopeasti tuleva vaikutus ja mahdollisesti muut samanaikaisesti otetut keskushermostoa lamaavat aineet aiheuttavat sen, että kuolema voi olla melko nopea. Myrkytyskuolemissa verestä mitatut pitoisuudet ovat samalla tasolla tai matalampia kuin asianmukaisessa hoidossa olevilla potilailla (Häkkinen ym. 2012b).

Taulukko 17. Opioidit huumemyrkytyksissä.

	Huumeikäytön osuus aineen aiheuttamista kokonaiskuolemista	Lääkeainepitoisuus myrkytyskuolemissa	Merkitys Suomessa	Alkuperä
Kodeiini	kohtalainen	suuri	pieni	reseptilääke
Tramadoli	kohtalainen	suuri	suuri	reseptilääke/
katukauppa				
Oksikodoni	kohtalainen	kohonnut	kohtalainen	reseptilääke
Fentanyyli	erittäin suuri	normaali	suuri	reseptilääke
Metadoni	erittäin suuri	normaali	suuri	korvaushoito
Buprenorfiini	erittäin suuri	normaali	erittäin suuri	katukauppa
Heroiini	erittäin suuri	normaali	pieni	katukauppa
Dekstropropoksifeeni	pieni	korkea	pieni	katukauppa

Lähde: Hjelt-instituutti (2013).

Pohjoismainen tutkimus vuoden 2007 huumekuolemista Suomen osalta

Pohjoismainen tutkimusryhmä kävi läpi kaikki vuoden 2007 positiiviset huumaus-ainelöydöstapaukset ja pyrki selvittämään millaisia ovat pohjoismaiset huumeisiin liittyvät kuolemat ja missä suhteessa eri huumausaineet aiheuttavat huumeisiin liittyviä kuolemia. Suomen osalta tapauksista kävi ilmi, että Suomessa tapahtuu 4,02 huumeisiin liittyvää kuolemaa 100 000 asukasta kohden. Pohjoismaisesti verrattuna vuonna 2007 kuolinpaikoista 29–35 prosenttia oli pääkaupunkiseudulla, kun taas vuonna 1991 vastaava luku oli 53–75 prosentin välillä. Suomessa noin 15 prosenttia kuolleista vuonna 2007 oli naisia. Eniten kuolleita oli 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä. Huumeisiin kuolleiden keski-ikä nousi Suomessa vuodesta 2002 vuoteen 2007. Kuolleiden määrä myös kasvoi 20–29- ja 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. (Simonsen ym. 2011.)

Huumausaineluokituksittain jaoteltuna I-ryhmän aineet kuten kokaiini, fentanyyli, heroiini/morfiini, ketobemidoni, metadoni, oksikodoni jne. aiheuttivat 40 % huumeisiin liittyvistä kuolemista. Ryhmän II aineista (esim. amfetamiini, metamfetamiini, MDMA jne.) eritoten amfetamiini aiheutti jonkun verran (7 %) kuolemia. Heroiini- tai morfiinikuolemat lähestulkoon hävisivät vuoteen 2007 mennessä. Suomessa kuoli suhteessa enemmän kuin muissa Pohjoismaissa ryhmien III (kuten bentsodiatsepiini, buprenorfiini, meprobamaatti, tsolpideemi jne.) (35 %) ja IV (17 %) aineisiin (muut huumeet ja myrkyt, ml. etanoli ja häkä). Buprenorfiinilöydöksiä tavattiin huumausainelöydöksistä eniten ja siihen liittyvät kuolemat kasvoivat vuodesta 2002 (16 tapausta) vuoteen 2007 kaksinkertaiseksi (32 tapausta) ollen 25 % kaikista huumeisiin liittyvistä kuolemista. Metadonin aiheuttamia kuolemia ei aiemmissa tilastoissa esiintynyt, mutta vuonna 2007 metadoni aiheutti 16 kuolemantapausta. Metadonin aiheuttamat kuolemat viittaavat opioidikorvaushoitoon käytettävän metadonin valumiseen laittomille markkinoille. Tramadolista aiheutuneet kuolemat lisääntyivät vuodesta 2002 (9 tapausta) vuoteen 2007 (14 tapausta). Sekakäyttö oli yleistä kaikissa Pohjoismaissa, eritoten Suomessa käyttöä kuvasi etanolin ja useampien (keskimääräisesti mitattuna viiden) aineen käyttö samanaikaisesti. (Simonsen ym. 2011.)

Tutkimus huumeisiin liittyvistä kuolemista

Vuonna 2009 julkaistiin tutkimus, jossa käytiin läpi perusteellisesti vuonna 2007 huumeisiin liittyneet kuolemat (Salasuo ym. 2009). Tutkimuksessa aineistona olivat kaikki vuoden 2007 kuolinsyyasiakirjat, joissa vainajasta löytyi huumausainejäämiä oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen yhteydessä.

Vuonna 2007 huumeisiin liittyvistä 234 kuolemasta 142 johtui tapaturmaisesta yliannostuskuolemasta, joista 83 oli huumeperäisestä ja 59 huume- ja alkoholiperäisiä. Huumeperäisissä kuolemissa huumeidenkäyttö oli ollut pitkäaikaisempaa, usein suonsisäistä riippuvuuskäyttöä. Huume- ja alkoholiperäisissä kuolemissa sen sijaan ominaista oli sekoilu ja huumeidenkäytön kokemattomuus. Huumeiden käyttö vaikutti olleen itselääkinnällistä 14 tapauksessa. Taustalla näkyi vakavia mielenterveysongelmia ja somaattista sairastelua. (Salasuo ym. 2009.)

Itsemurhat olivat syynä 45 kuolemassa. Itsemurhien takaa paljastui ennen kaikkea mielenterveysongelmia. Naisten osuus itsemurhista oli 12, mikä oli selvästi korkeampi osuus kuin muissa huumeisiin liittyvissä kuolemissa. Kuolleiden keski-ikä ja mediaani oli keskimäärin pienempi mitä muissa alaryhmissä. Kuolemantapauksista 21 johtui tapaturmista, 20 sairauksista ja 6 henkirikoksista. (Salasuo ym. 2009.)

Suurimmassa osassa kuolemista löytyi oikeustieteellisessä ruumiinavauksessa useita huumausaineita. Myös alkoholilla oli merkittävä rooli. Opioidit olivat aineryhmistä useimmin tärkein löydös ja yli puolet opioidikuolemista oli kahden opioidikorvaushoidossa käytettävän aineen (buprenorfiinin ja metadonin) aiheuttamia. Kaikki opioidikuolemat olivat lääkeopioidien aiheuttamia ja bentsodiatsepiinit tai alkoholi liittyivät kaikkiin kuolemantapauksiin.

Amfetamiinikuolemantapaukset poikkesivat opioidikuolemista. Kuolemantapauksiin ei liittynyt alkoholia ja kuolleet olivat keski-ikästään vanhempia mitä opioideihin kuolleet. (Salasuo ym. 2009.)

Mikko Piispan jatkoi pro gradu tutkielmassaan vuoden 2007 kuolemantapausten analysointia erityisesti nuorissa ikäryhmissä. Tutkimuksessa kävi ilmi sekakäytön yleisyys, nuorten huumeiden käyttöön liittyvä riskialttius ja kokemattomuus, lääkkeiden päihdekäyttö ja mielenterveysongelmat. Sekakäytön vaarojen ymmärtämättömyys näkyi nuorilla erityisesti opioidi-, bentsodiatsepiini- ja alkoholitapauksissa. (Piispa 2010a.)

Piispa luokitteli huumeisiin kuolleet narkomaaneiksi, sekoilijoiksi ja itselääkittäjiksi. Piispan tulkinnan mukaan noin puolessa huumeisiin liittyvistä kuolemista kuolleiden voidaan katsoa olleen narkomaaneja, joiden käyttö oli pakonomaista ja joilla oli esimerkiksi diagnosoitu päihderiippuvuus. Tähän luokkaan kuuluvat vainajat olivat yli 20-vuotiaita. Sekoilijat olivat noin 15–30-vuotiaita, joiden huumeidenkäyttö ei ollut (vielä) pakonomaista. Itselääkittäjät lievittivät mielenterveysongelmia (yli 20-vuotiaat) tai somaattisia sairauksia (yli 30-vuotiaat) huumeiden avulla. Useilla itselääkittäjillä oli lääkärin määräämä lääkitys, mutta he käyttivät lisäksi muita aineita. (Piispa 2010a.)

Kuudennes (17 %) kaikista nuorten aikuisten (15–34-vuotiaat) kuolemista liittyi huumeisiin vuonna 2007. Tapaturmaisia huumausaine- tai sekakäyttömyrkytyksiä oli kymmenesosa (8–11 %) kaikista 15–34-vuotiaiden kuolemista. Ikäluokan merkittävimpiä kuolemansyitä olivat vuonna 2007 taudit (29 %), itsemurhat (27 %) ja tieliikennetapaturmat (17 %). Vastaavasti alkoholimyrkytyksiä oli ainoastaan 3 prosenttia ikäluokan kuolemista. Tarkasteltaessa laajempaa 15–44-vuotiaiden ikäluokkaa, huumeet liittyvät 11 prosenttiin kaikista kuolemista ja tapaturmainen huumausainemyrkytys on kuolinsyynä 5–7 prosentissa tapauksista. Suurin osa (88 %) kuolleista oli miehiä. Kuolleiden keski-ikä oli 31 vuotta ja ikämediaani 28 vuotta. 20–24-vuotiaiden osuus kuolleista oli suurin. (Piispa 2010a.)

Rekisteritutkimus huumerrattijuoppojen kuolleisuudesta

Tutkimuksen mukaan huumerrattijuopumuksesta epäillyillä henkilöillä kuolleisuus oli lähes kymmenkertainen verrattuna rattijuopumukseen syylistymättömään väestöön seuranta-ajan kuluessa. Erityisen korkea riski – 15–25-kertainen verrattuna suomalaisen yleisväestöön – oli niillä huumerrattijuopumuksesta epäillyillä, joilla oli ensimmäisellä kiinnijäämiskerralla löydös kahdesta tai useammasta päihteestä samanaikaisesti (huumausaine/liikenteessä haitallinen lääke/alkoholi). Yleisimmät kuolinsyyt huumerrattijuopumuksesta epäillyillä olivat itsemurha, tapaturmainen huumeiden tai lääkkeiden yliannostus sekä alkoholiperäinen sairaus tai tapaturmainen alkoholimyrkytys. Kuolemaan päätyneistä huumeikuljettajista noin kaksi kolmasosaa ja vertailuväestöstä noin viidennes oli päihtyneenä kuolinhetkellään. Päihtymyksen merkitys myötävaikuttavana kuolinsyynä korostui erityisesti silloin, kun pääsiallinen kuolinsyy oli liikenneonnettomuus tai väkivalta. (Karjalainen 2011.)

Bentsodiatsepiinien laajamittainen käyttö huumerrattijuopumuksesta epäillyillä oli yksi tutkimuksen keskeisimmistä löydöksistä. Tutkimus osoitti, että ennen aikaisen kuoleman riski oli korkeampi bentsodiatsepiinien kuin amfetamiinien käyttäjillä, ja että muiden päihteiden (alkoholin/huumeiden) käyttö yhtäaikaisesti bentsodiatsepiinien kanssa oli hyvin yleistä. Vaikka bentsodiatsepiinien käyttötarkoituksesta ei ollutkaan tietoa, useissa tapauksissa lienee kyse väärinkäytöstä, ja näin ollen huomiota tulisi entistä enemmän kiinnittää myös laillisiin lääkkeisiin ja niiden päihdekäyttöön. (Karjalainen 2011.)

Tutkimus osoitti myös sekakäytön yleisyyden epäillyillä huumerrattijuopooilla. Tärkeäksi nähtiin, että huumerrattijuopooille järjestettäisiin hoitoa ja kuntoutusta tuomio- ja rangaistusvaihtoehtojen rinnalla, koska huumerrattijuopumuksesta kiinni jääminen voisi olla hyvä ajankohta päihteiden väärinkäyttäjien tavoittamiselle ja hoitoonohjaukselle. (Karjalainen 2010.)

7 Huumeisiin liittyvien terveyshaittojen vähentäminen

Tunnetuimpia huumehaittojen vähentämisen tapoja ovat terveysneuvonta, lääkkeelliset opioidikorvaushoito-ohjelmat sekä neulojen ja ruiskujen vaihtaminen suonensisäisesti huumeita käyttäville. Myös tiedon jakaminen turvallisesta käytöstä ja vertaistuki ovat haittoja vähentävän päihdetyön ydinsisältöjä. Yliannostusten ehkäisemiseksi käyttäjille kerrotaan oikeista annosmääristä sekä korostetaan ensiavun hälyttämistä paikalle nopeasti. Asiaa käsitellään tarpeen mukaan käyttäjien kanssa myös huumehoidon yksiköissä. Huumekuolemien ehkäisytyötä tehdään osana tartuntatauteihin liittyvää terveysneuvontaa sekä ongelmakäyttäjien vertaisryhmien toiminnassa. Huumekuolemien ehkäisyyn liittyvää koulutusta on jonkin verran osana sosiaali- ja terveydenalan peruskoulutusta.

Erityisesti matalan kynnyksen hoitopalvelujen toiminta on ollut tärkeää ruiskuhuumeiden käyttöön liittyvien tartuntatautien ehkäisyssä ja vähentämisessä. Huumeidenkäyttäjille tarkoitettuja erillisiä terveys- ja sosiaalineuvontapisteitä on noin 35 paikkakunnalla ympäri Suomea.

Päihdepalvelujen laatusuosituksen mukaan päihdeongelmaiset, joilla on vakavia mielenterveydellisiä ongelmia, ovat nykyisessä palvelujärjestelmässä helposti väliinputoajia päihde- ja mielenterveyspalvelujen välillä. Laatusuosituksen mukaisesti asiakasta pyritään auttamaan ensisijaisesti siinä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksikössä, johon hän hakeutuu. Kunnassa tulee olla selkeästi sovittu päihdepalvelujen työnjako. Erityisesti mielenterveysongelmista kärsivien päihdeongelmaisten pääasiallinen hoitovastuu tulee olla määritelty.

Terveysneuvontapiste tai muu matalan kynnyksen toiminta on osoittautunut myös hyväksi keinoksi saada kontakti huumeidenkäyttäjiin. Terveysneuvontapisteissä asiakkaiden ohjaus- ja neuvonta nousee asiakkaiden tarpeesta. Tavoitteet asetetaan asiakkaan toiveiden ja kykyjen mukaan. Ensisijainen tavoite on suonensisäisen huumeidenkäytön välityksellä tarttuvien infektioautien ehkäisy ohjaamalla mahdollisimman hygieeniseen tapaan käyttää aineita. Jos asiakas osoittaa halukkuutta huumeidenkäytön vähentämiseen tai lopettamiseen, keskustellaan eri vaihtoehtoista tavoitteen toteuttamiseksi. Anonyymien tiedonkeruun perusteella terveysneuvontapisteissä asioi noin 11 500 asiakasta vuonna 2011. Käyntejä oli noin 85 000 ja ruiskuja ja neuloja vaihdettiin 309 kappaletta asiakasta kohden. Asiakkaita kävi eniten Helsingin (noin 8 350 asiakasta), Vantaan (noin 900 asiakasta), Turun (noin 890 asiakasta), Espoon (noin 825 asiakasta) ja Tampereen (noin 568 asiakasta) terveysneuvontapisteissä.

Huumeisiin liittyvien tartuntatautien hoitoa ja ehkäisevää työtä toteutetaan terveydenhuollon peruspalveluissa, terveydenhuollon ja päihdehuollon erityispalveluissa, terveysneuvontapisteissä ja apteekeissa, joissa myydään neuloja ja ruiskuja. Hiv-tartunnan

saaneiden hoidosta vastaavat yliopistolliset sairaalat alueensa keskus-, alue- ja psykiatristen sairaaloiden kanssa. Vuoden 2004 alusta voimaan tulleen tartuntatautiasetuksen muutoksen (1383/2003) mukaan kuntien tulee huolehtia terveyskeskusten toimialueella tartuntatautien vastustamistyöstä, johon kuuluvat esimerkiksi tartuntatauteja koskeva tiedottaminen ja terveysneuvonta. Kohderyhmään kuuluvat myös ruiskuhuumeita käyttävien terveysneuvonta ja tarpeen mukaan pistovälineiden vaihtaminen. Myös ilmainen A- ja B-hepatiittirokotus kuuluu nykyään yleisessä rokotusohjelmassa huumeita pistämällä käyttäville. Apteekit toimivat tärkeinä ja täydentävinä ruiskujen ja neulojen hankintapisteinä alueilla, missä ei ole terveysneuvontapisteitä.

Vuonna 2011 terveysneuvontapisteissä vaihdettiin 3,5 miljoonaa pistovälinettä. Vuonna 2003 on tehty viimeisin kyselytutkimus apteekkien kautta myytävistä ruiskujen ja neulojen määrästä. Tuolloin apteekit myivät 600 000 neulaa tai ruiskua vuodessa.

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden verkkosivut³⁴ tarjoavat tietoa toimipisteiden paikoista, haittojen vähentämisestä, kenttätystä ja vertaistukitoiminnasta. Verkkosivuilla on myös materiaalipankki, jossa on tietoa mm. tarttuvista taudeista, eri päihteistä, terveysneuvonnasta, seksuaaliterveydestä ja ensiavusta yliannostustilanteissa. (A-klinikkasäätiö 2012.)

7.1 Huumausaineista johtuvien ensiaputilanteiden ja huumeisiin liittyvien kuolemien vähentäminen

Huumeiden käyttäjille suunnattua tietoa ensiaputilanteissa toimimisesta sekä yliannostuskuoleminen ehkäisemistä annetaan osana kaikkea terveysneuvontatyötä. Huumeisiin liittyvien kuolemien lisääntyminen on huomioitu myös viranomaistahoilla³⁵. Huolta aiheuttaa opioidien, bentsodiatsepiinien tai alkoholin sekakäyttö, joka näkyi myös keväällä 2011 ilmestyneen tutkimuksen³⁶ tuloksista. Sekakäyttö näytti olevan keskeinen osa huono-osaisten huumeongelmaisten käyttökulttuuria Helsingissä. Opioidien, bentsodiatsepiinien ja alkoholin sekakäyttö aiheuttaa merkittävän osan huume-kuolemista nyky-Suomessa. Tutkimuksen johtopäätöksissä nähtiin, että huume-kuolemien ehkäisemiseksi olisi tarpeen informoida käyttäjiä yhteiskäytön riskeistä. Lisäksi tulisi kiinnittää erityistä huomiota lääkkeiden päihdekäyttöön ja selvittää, miten lääkemääräyskäytäntöjä voitaisiin kehittää päihdekäyttöä ehkäisevään suuntaan. (Tammi ym. 2011.)

34 Suomenkieliset sivut osoitteessa <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/>

35 Mm.julkaisut huumausainekuolemista; sosiaali- ja terveysministeriön seminaari huume-kuolemista 2008 sekä toukokuussa 2011 Helsingin Diakonissalaitoksen pitämä huumeiden haittoja vähentävän työn seminaari.

36 Tutkimuksessa huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteistä sekä niiden käyttötavoista ja hankinnasta haastateltiin sataa helsinkiläistä huumeiden käyttäjää suomeksi käännetyn yhteiseurooppalaisen strukturoidun haastattelulomakkeen avulla. Tutkimus oli osa Quaf2-hanketta (Second Multi-City Study on Quantities and Financing of Illicit Drug Consumption.) (Tammi ym. 2011.)

Huumausaineista saa tietoa ympärivuorokautisesti muun muassa kolmannen sektorin puhelinpalvelusta. Puhelinneuvontaa on tarjolla anonyymisti ja se on soittajalle maksutonta. Apua saa myös tekstiviestitse Mobiilivinkki tekstiviestipalvelusta (ilmaish-numero 18182). Lisäksi A-klinikkasäätiön, Elämä On Parasta Huumetta ry:n ja Helsingin Diakonissalaitoksen ylläpitämä nopean huumeviestinnän rinki NOPSA jakaa tietoa huumeisiin ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä. NOPSA viestii eri kohderyhmille tarpeen mukaan. NOPSA tiedottaa Päihdelinkki- (www.paihdelinkki.fi) ja Vinkki-sivustoilla (www.vinkki.info), käyttää tarvittaessa hyväksi Mobiilivinkki-tekstiviestipalvelua ja tekee tiedotteita. (A-klinikkasäätiö 2012.) Suomen punainen risti ylläpitää nopean huumeviestinnän verkostoa (NOVI), joka välittää verkostolleen tietoa huumeista ja niiden käyttöön liittyvistä uusista ilmiöistä.

Janne Liisanantin väitöstutkimus selvitti akuutin lääkeainemyrkytyspotilaan ennustetta ja ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä. Erityisesti selvitettiin riskitekijöitä hoitojakson pitkittymiseen, uusintahoitajaksoihin ja myrkytyspotilaiden pitkäaikaisennustetta.³⁷(Liisanantti 2012.)

Sairaalahoitoisen, akuutin lääkeainemyrkytyksen ennuste oli hyvä, ja jopa tehohoitoa vaativat potilaat selvisivät lyhyellä sairaalahoitojaksolla. Kuolleisuus hoitojakson aikana oli 1,6–2,3 prosenttia tehohoitoon joutuneilla potilailla. Vaikeissa, tehohoitoa vaativissa myrkytyksissä todettiin mahansisällön hengitysteihin joutumisesta seuraavan aspiraatiokeuhkokuumeen olevan yleinen komplikaatio ja se johti pitkittyneeseen tehohoitoon. Ennen sairaalaan tuloa suoritettu hengitysteiden varmistaminen hengitysputkella (intubaatio) pienensi aspiraatiokeuhkokuumeen riskiä. Muita riskitekijöitä pitkittyneeseen tehohoitoon olivat sairaalaan tullessa todettu hengitysvajaus, munuaisten toiminnan vajaus ja matala veren verihiutalearvo. (Liisanantti 2012.)

Sekä nuorilla että aikuispotilailla todettiin olevan paljon uusintakäyntejä myrkytysten vuoksi (7–21 %). Uusintakäyntejä oli erityisesti nuorilla, joilla myrkytystapahintaan liittyi impulsiivista käyttäytymistä. Keskimäärin 14 vuoden pitkäaikaisseurannassa 30,4 prosenttia myrkytyksen vuoksi sairaalaan joutuneista potilaista menehtyi. Ikä- ja sukupuolivakioitujen verrokkien keskuudessa vastaava kuolleisuus oli 13,6 prosenttia. Sydän- ja verisuonitautikuolemat olivat myrkytyspotilailla yleisiä. Myös tapaturmat, myrkytykset ja itsemurhat olivat yleisempiä kuolinsyitä tutkimusjoukossa kuin vertailuväestössä. (Liisanantti 2012.)

Tutkimuksessa selvisi, että akuuttien myrkytyspotilaiden ennuste on hyvä sairaalahoitojakson aikana, mutta pitkäaikaiskuolleisuus on yli kaksi kertaa suurempi kuin vertailuväestön. Erityisesti hengityselimistön toiminnan häiriöt ovat riskitekijöitä pitkittyneeseen hoitojaksoon. Kuolleisuus ennaltaehkäistäviin syihin, kuten itsemurhiin sekä sydän- ja verisuonitauteihin, on huomattava pitkäaikaisseurannassa. (Liisanantti 2012.)

37 Tutkimusjoukkona oli Oulun yliopistollisessa sairaalassa vuosina 1985–2006 hoidetut lääkeainemyrkytyspotilaat ja lisäksi suomalaisilla teho-osastoilla vuosina 1998–2004 hoidetut lääkeainemyrkytyspotilaat.

7.2 Huumeisiin liittyvien tartuntatautien ehkäisy ja hoito

Päihdehuollon huumeasiakkaista 60 % oli joskus käynyt kaikissa kolmessa, hiv-, hepatiitti B- ja hepatiitti C -testissä. Joskus ruiskuhuumeita käyttäneistä huumehoidon asiakkaista³⁸ hiv-positiivisia oli noin kaksi prosenttia. Vastaavasti hepatiitti C -positiivisia oli 71 prosenttia ja hepatiitti A -positiivisia noin kolme prosenttia ja hepatiitti B:n kantajia noin viisi prosenttia. Huumehoidon tietojärjestelmän tulosten mukaan ruiskuhuumeita joskus käyttäneistä huumehoidon asiakkaista yli puolet (52 %) oli saanut ainakin yhden B-hepatiittirokoteannoksen. Kaikki kolme rokoteannosta oli saanut 39 prosenttia asiakkaista.³⁹ (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012.)

Terveysneuvontapisteissä on mahdollisuus vaihtaa pistovälineitä sekä saada lisäksi erilaista terveysneuvontaa, pienimuotoista terveydenhoitoa, testi- ja rokotuspalveluja sekä palveluohjausta. Terveysneuvontapistetoimintaa on kaikissa yli 100 000 asukkaan kunnissa, ja kaiken kaikkiaan terveysneuvontapalveluja tarjotaan yli 35 paikkakunnalla. Monissa pisteissä voi käydä maksuttomassa ja anonyymissä hiv-pikatestissä. Myös käyttäjien läheiset voivat halutessaan asioida pisteessä. Osa terveysneuvontapisteistä tekee myös kenttätöitä. Kenttätöiden avulla pyritään tavoittamaan päihteiden käyttäjiä, jotka ovat palvelujärjestelmän tavoittamattomissa ja saattamaan heidät palvelujärjestelmän piiriin.

Taulukko 18. Terveysneuvontapisteiden toimintatilastot 2003–2012.

	2003	2005	2007	2009	2010	2011	2012
Terveysneuvontapisteet	24	~26	<30	<30	<30	<30	<30
Asiakkaat	9 300	11 800	12600	13291	14193	11432	11015
Käynnit	70600	80 500	90000	79735	83450	84586	75327
Ruiskua ja neulaa / asiakas	150	161	190	233	242	309	321
Vaihdetut välineet	1,4 milj.	1,8 milj.	2,4 milj.	3,1 milj.	3,4 milj.	3,5 milj.	3,5 milj.

Lähde: THL 2013.

Arviointitutkimuksen mukaan terveysneuvonpistetoiminta on ollut keskeinen tekijä hiv-infektion, A- ja B-hepatiitti-infektioiden ja osittain myös C-hepatiitti-infektioiden ehkäisemisessä ja epidemioiden torjunnassa ruiskuhuumeita käyttävien – ja välillisesti koko väestön – keskuudessa. Hiv-infektiotilanteelle asetetut kunnianhimoiset tavoitteet epidemian katkaisemisesta ja tapausmäärien vähenemisestä alle 30 uuteen tapaukseen vuosittain ovat toteutuneet. Terveysneuvontapistemalli on ollut hyvin kustannustehokas terveysinterventio, jonka pysyvyyden varmistaminen ja edelleen kehittäminen on hyvin tärkeää. (Arponen ym. 2008.)

³⁸ Itse ilmoitettu testaus ja tulos (lkm. = 1 562).

³⁹ Prosenttiosuudet ovat pienemmät kuin edellisen vuoden raportissa, koska ne on laskettu luvuista, joissa on mukana myös puuttuvat tiedot 18–30 %.

Tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta Suomessa

Riikka Perälä on väitöskirjassaan tutkinut huumehaittojen vähentämisen politiikkaa ja käytäntöjä.⁴⁰ Tutkimuksessa nostetaan esille, että huumeidenkäyttäjien kanssa työskennellessä tulisi kiinnittää tulevaisuudessa aikaisempaa paremmin huomiota huumeidenkäyttöön liittyvän moniongelmaisuuuden konkreettisiin seurauksiin, kuten ongelmien hallintayrityksistä seuraavaan pakkotahtiseen elämänrytmiin ja käyttöön liittyvään emotionaaliseen kuormitukseen. (Perälä 2012.)

Tutkimuksessa kävi ilmi, että huumeidenkäyttäjät yrittivät saada elämänsä kuntoon monilla eri osa-alueilla: hakeutua koulutukseen, löytää asuntoa tai yöpymispaikkaa, saada hoitoa tai erilaisia tukia. Tämän lisäksi huumeiden hankintaan liittyi omat ruttiinsa, joita huumeidenkäyttäjät kuvailivat melkein pä työnä. Moni huumeidenkäyttäjä kaipasi lisää apua oman elämän hallintaan saamiseen. (Perälä 2012.)

Huumeidenkäyttäjät näkivät ongelmalliseksi palvelujärjestelmien tavat auttaa heitä, Moni käyttäjä esimerkiksi yritti hakea palvelujen ja hoidon kautta apua ongelmiinsa, mutta avun saamista esti palvelu- ja hoitojärjestelmän byrokraattisuus ja viileä kohtelu. Perälä mukaan ihmisten välistä vuorovaikutusta korostavan hoivan ulottuvuus onkin tällä hetkellä jäänyt liian vähäiselle huomiolle päihdehuollon suuntaviivoista keskusteltaessa. Tutkimusajankohtana vain haittojen vähentämisen politiikan toimintatavat näyttivät onnistuvan esimerkiksi palveluiden asiakaslähtöisyydessä. Huumeidenkäyttäjät itse kokivat saavansa terveysneuvontapisteestä ihmismäistä kohtelua, joka oli heidän mielestään jo sinänsä merkittävää verrattuna muihin palveluihin. (Perälä 2012.)

Suomalaisessa haittojen vähentämisen politiikassa on Perälän mukaan onnistuttu myös yhdistämään menestyksellisesti huumeidenkäyttöön liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy, ja tästä politiikan ulottuvuudesta tulisi pitää kiinni Perälän mukaan myös jatkossa. Suomessa haittojen vähentäminen ja hoito eivät myöskään esiinny toisistaan erillisinä orientaatioina. Esimerkiksi eräs keskeinen haittojen vähentämisen osa-alue Suomessa on ollut palveluihin ohjaus ja myös työntekijät korostivat hoidon keskeisyyttä huumeongelman tärkeimpänä hallintakeinona. (Perälä 2012.)

40 Tutkimuksessa käytettiin aineistoa, joka kerättiin yhdestä Etelä-Suomessa sijaitsevasta terveysneuvontapisteestä vuosien 2003–2007 välisenä aikana etnografista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineiston pääosan muodostivat havaintomuistiinpanot ja työntekijöille ja asiakkaille tehty teema-haastattelut.

8 Huumeisiin liittyvät sosiaaliset haitat ja niiden vähentäminen

Huumehoidon tiedonkeruun tulokset kertovat samaa kuin monet muut ongelmakäyttäjien riskikäyttäytymistä, korvaushoitoa sekä hiv-tartuntoja koskevat tutkimukset: huumeiden ongelmakäyttäjillä on enemmän sosiaalisia ongelmia kuin väestöllä keskimäärin. Päihdehuollon huumeasiakkaista noin kaksi kolmasosaa on työttömiä ja kymmenesosa asunnottomia. Asiakkaiden koulutustaso on matala.

Päihdeongelmien hoidossa on korostettu moniammatillista yhteistyötä viranomaisten kesken. Päihdeiden ongelmakäyttäjät ovat usein myös sosiaalisesti syrjäytyneitä ja huono-osaisia, ja heidän sosiaalinen tukiverkostonsa on huumeekulttuuripainotteinen. Hoidolta ja kuntoutukselta edellytetään kokonaisvaltaista ja pitkäjänteistä otetta ja konkreettista auttamista. Tähän liittyvät niin sosiaalisen kuntoutuksen, työllistämisen kuin tuetun asumisen kokonaisuudet. Mukana ovat myös opetustoimen viranomaiset. Koulutuksen suunnittelu ja ammatinvalinnanohjaus kuuluvat nuorten osalta automaattisesti hoitoprosessiin.

Suomessa perustuslaki turvaa kansalaisten universaalit oikeudet peruspalveluihin. Suomen kuntia velvoittaa sosiaalihuoltolaki (710/1982). Siinä määritellään tehtävät, joista kunnan pitää huolehtia. Sosiaalihuoltolaissa säädetään sosiaalipalvelujen järjestämisestä, toimeentulotuen antamisesta, sosiaalisen luoton myöntämisestä, sosiaaliturvatuksia ja niiden käyttöä koskevasta ohjauksesta ja neuvonnasta sekä sosiaalisten olojen kehittämisestä ja sosiaalisten epäkohtien poistamisesta. Universaaleja peruspalveluita täydentävät tietyille ryhmille kohdennetut erityispalvelut, kuten päihdehuolto ja lastensuojelu. Ehkäisevää lastensuojelutyötä tehdään osana perheille suunnattuja palveluita, esimerkiksi aikuisille suunnatuissa päihdepalveluissa selvittämällä lapsen hoidon ja tuen tarvetta.

8.1 Sosiaalinen syrjäytyminen ja huumeiden käyttö

Huumehoidon tiedonkeruu tuottaa vuosittain tietoa päihdehuollon huumeasiakkaista. Asiakkaiden sosisodografinen tilanne on pysynyt hämmästyttävän samankaltaisena vuosikausia. Asiakkaiden koulutustaso oli matala ja työttömyys (61 %) yleistä. Joka kymmenes (10 %) oli asunnoton. Korvaushoitoasiakkaista vain 5 prosenttia oli asunnottomia, kun muista opiaattien ongelmakäyttäjistä asunnottomia oli peräti 13 prosenttia. Tilannetta selittänevät sekä korvaushoidon tehokkuus ja asunto ensin -periaate. Avo- tai avioliitossa oli 22 prosenttia miehistä ja 39 prosenttia naisista. Avo- tai avioliitossa olevien asuinkumppani oli päihdeongelmainen 69 prosentilla, naisilla (79 %) huomattavasti useammin kuin miehillä (41 %). Alle 18-vuotiaita lapsia oli 39 prosentilla asiakkaista. Vain 29 prosenttia vanhemmista asui lapsensa kanssa samassa

taloudessa, ja 25 prosentilla lapset oli sijoitettuna lastensuojelun toimesta. Alle 20-vuotiaista asiakkaista puolet (52 %) asui vielä vanhempiensa kanssa. (Forsell 2012.)

8.2 Sosiaalinen kuntoutus

Sosiaalisella kuntoutuksella tuetaan vaikeasti syrjäytyneiden henkilöiden paluuta yhteiskunnalliseen osallisuuteen vahvistamalla kuntoutettavan sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen vuorovaikutuksen edellytyksiä. Kuntouttavasta työtoiminnasta annetun lain (189/2001) perusteella kuntouttava työtoiminta on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille ja sen tarkoituksena on parantaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan. Laki velvoittaa kunnat ja työvoimatoimistot järjestämään yhteistyössä kullekin asiakkaalle sopivan palvelukokonaisuuden. Akuutissa päihdeongelmassa ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista aloittaa kuntouttavaa työtoimintaa, vaan asiakas ohjataan ensisijaisesti päihdehuollon palveluihin.

Sosiaalityöllä vahvistetaan tuen tarpeessa olevien kansalaisten voimavaroja ja tuetaan yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen omaehtoista toimintaa ja selviytymistä. Tavoitteena on ehkäistä syrjäytymistä ja ratkaista sosiaalisia ongelmia ja näin ylläpitää ja edistää kansalaisten ja yhteisöjen hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta.

Yksilökohtaisessa sosiaalityössä sosiaalityöntekijät neuvovat ja ohjaavat asiakkaitaan, selvittävät asiakkaiden kanssa heidän ongelmiaan sekä järjestävät viranomaisverkostoissa muita tarvittavia tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät henkilön ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista.

Yhteisötyöllä ehkäistään sosiaalisten ongelmien syntymistä yhteisöissä sekä vahvistetaan ihmisten vaikutusmahdollisuuksia ja osallisuutta lähiyhteisöjensä kehittämiseen. Yhteisötyössä sosiaalityöntekijät ja muut sosiaalialan ammattilaiset auttavat yksittäisiä henkilöitä ja ryhmiä lisäämään yhteisöjensä hyvinvointia ja luomaan verkostoja yhteisön jäsenten ja eri hallinnonalojen virkamiesten sekä järjestöjen ja muiden tahojen kesken.

Asunnottomuus ja pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma

Vuonna 2011 Suomessa oli yhteensä noin 7 400 asunnotonta, joista yksinäisiä asunnottomia oli hieman yli 7 000. Heistä pääkaupunkiseudulla oli noin 4 000. Asunnottomien perheiden määrä oli noin 350, ja näistä yli puolet oli Helsingissä. Päihteiden ongelmakäyttäjät kuuluvat asunnottomuuden riskiryhmään.

Suomessa kuntien yleisten sosiaalipalvelujen osana on mahdollisuus järjestää taloudellisesti tuettua asumista päihdeongelmallisille. Osa suomalaista päihdehuollon palvelujärjestelmää ovat päihdehuollon asumispalveluyksiköt. Ne on tarkoitettu päihdeongelmallisille, jotka tarvitsevat päivittäistä tukea omatoimiseen asumiseen.

Ympäristöministeriön pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämisohjelma 2008–2011 jatkuu hallitusohjelman mukaisesti vuosina 2012–2015. Ohjelman tavoitteena on poistaa pitkäaikaisasunnottomuus vuoteen 2015 mennessä, vähentää pitkäaikaisasunnotto-

muuden riskiä tehostamalla sosiaalisen vuokra-asuntokannan käyttöä asunnottomuuden vähentämiseksi ja tehostaa toimenpiteitä asunnottomuuden ennaltaehkäisemiseksi. Vuoteen 2015 mennessä osoitetaan noin 1 000 asuntoa, tukiasuntoa tai hoitopaikkaa pitkäaikaisasunnottomille pääkaupunkiseudulla, joista Helsinkiin 750 sekä Espooseen ja Vantaalle yhteensä 250. Tampereelle, Turkuun, Lahteen, Kuopioon, Joensuuhun, Ouluun ja Jyväskylään tavoitteena on toteuttaa yhteensä vähintään 250 asuntoa, tukiasuntoa tai hoitopaikkaa vuoteen 2015 mennessä.

Nuorten yhteiskuntatakuu

Hallitusohjelman 2012–2015 mukaisesti jokaiselle alle 25-vuotiaalle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle pyritään tarjoamaan työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta. Tämän toteuttamiseksi asetettiin syksyllä 2011 työryhmä valmistelemaan nuorten yhteiskuntatakuuksi kutsuttua esitystä. Toteuttaminen aloitetaan vuonna 2012 ja se saatetaan voimaan täysimääräisesti vuoden 2013 alusta. Nuorten työelämästä syrjäytymistä estetään työ- ja elinkeinohallinnon erilaisin toimenpitein. TE -hallinnon toimista huolimatta nuorten työttömyys on pysynyt korkeana. Työnvälitystilaston mukaan elokuussa 2011 alle 29-vuotiaita oli työttömänä työnhakijana 54 600, joista alle 25-vuotiaita oli 30 300. Heistä noin kolmanneksella oli pelkästään perusasteen koulutus. Lähes puolella työttömistä oli suoritettuna ammatillisen keskiasteen tai alimman korkea-asteen tutkinto.

Koulutustakuu on osa nuorten yhteiskuntatakuuta. Jokaiselle peruskoulun päättäneelle taataan jatkomahdollisuus lukiossa, ammatillisessa koulutuksessa, oppisopimuskoulutuksessa, työpajassa, kuntoutuksessa tai muulla tavoin. Perusta nuorten työllistymiselle luodaan perusopetuksessa. Perusopetuksen suorittaminen ei kuitenkaan riitä, vaan toisen asteen tutkinnon suorittaminen on käytännössä työmarkkinoille pääsyn ja jatko-opintojen perusedellytys. Koulutusjärjestelmän jokaisessa vaiheessa osa nuorista jää syrjään. Osa ei jatka lainkaan opintojaan peruskoulun jälkeen ja osa heistä, jotka jatkavat, eivät koskaan suorita tutkintoa.

Etsivä nuorisotyö auttaa alle 29-vuotiaita nuoria, jotka ovat koulutuksen tai työmarkkinoiden ulkopuolella. He tarvitsevat tukea kiinnittyäkseen tarjolla oleviin julkisen sektorin palveluihin. Valtionapua sai vuonna 2011 yhteensä 223 kuntaa, joihin oli tarkoitus palkata 270 etsivää nuorisotyöntekijää. Toiminta kattaa 70 % kunnista. Vuonna 2010 etsivä nuorisotyö oli yhteydessä lähes 11 000 nuoreen. Heistä 22 % määritteli itsensä työttömäksi, vaikkei ollut ilmoittautunut työnhakijaksi.

Nuorten yhteiskuntatakuu edellyttää yhteiskunnalta laaja-alaista eri toimijoiden yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö painottaa syrjäytymisen ehkäisemistä jo ennalta, mahdollisimman varhaista ongelmien havaitsemista ja tukea niiden ratkaisemiseksi. Kun lapsen kasvu turvataan, hänellä on mahdollisuus kasvaa nuoreksi, joka on vahvasti mukana koulutuksessa ja työelämässä. Hallituskaudella sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi ohjelmaa köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseksi. Se liittyy tiiviisti myös nuorten yhteiskuntatakuun toteuttamiseen.

Hallitus on varannut yhteiskuntatakuun toimeenpanoon 60 miljoonan euron vuotuisen määrärahan. Työryhmän ensimmäisessä raportissa esitetään ratkaisut määrärahan kohdentamiseksi sekä muut ehdotukset yhteiskuntatakuun toteutukseen. Ehdotetuilla ratkaisuilla nuorten yhteiskuntatakuun toimeenpano voidaan aloittaa vuodesta 2013 alkaen.

Työryhmä on jakanut tehtävän kahteen osaan: ensin huolehditaan siitä, että palveluverkosto toimii yhteiskuntatakuun piiriin tulevien uusien nuorten osalta. Tarkoituksena on luoda järjestelmä, jossa kaikilla nuorilla on realistiset mahdollisuudet työllistyä, kouluttautua tai hakeutua muuhun toimintaan. Näillä toimilla luodaan tilanne, jossa syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten määrä ei enää uusista ikäluokista kasva.

Toisena painopisteenä huolehditaan 110 000:sta toisen asteen tutkintoa vaille olevasta nuoresta, jotka ovat syrjäytymisen vaaravyöhykkeellä. Heidän tukemisensa vakaalle työuralle toteutetaan lisäämällä koulutusta siten, että vuonna 2016 päästään niin sanottuun normaalitilanteeseen, jossa nuorten palveluverkosto toimii, eikä nuorten aikuisten joukossa ole laajassa mittakaavassa yhteiskunnalliseen marginaaliin ajautuneita henkilöitä. Tätä ei kuitenkaan ole mahdollista toteuttaa yhteiskuntatakuuseen varatulla 60 miljoonalla eurolla.

Kulttuurista lisäarvoa huumeidenkäytön ehkäisyyn

Suomi järjesti elokuussa 2011 Helsingissä pohjoismaisen huumefoorumin, jonka aiheena oli muun muassa huumeiden käytön ja sosiaalisen syrjäytymisen ehkäisy kulttuurin avulla. Kokouksessa esitettiin, että poikkihallinnollista kulttuuri-, terveys- ja hyvinvointialojen työtä on tuettava ja kulttuuri on otettava osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon rutiineja.

Suomen Kulttuurirahasto käynnisti vuonna 2008 Myrsky-hankkeen, jolla haluttiin vahvistaa nuorten hyvinvointia sekä sosiaalista ja henkistä kasvua tuomalla taide ja kulttuuri heidän elämäänsä. Hankkeella pyrittiin myös juurruttamaan uusia nuorten taidetoiminnan tapoja. Myrsky suunnattiin ensisijaisesti 13–17-vuotiaille nuorille, joita on vaikea tavoittaa perinteisin keinoin. Nuoret osallistuivat ammattitaiteilijoiden ohjauksessa monenlaisiin taidehankkeisiin. Myrskyyn saivat lähteä kaikki nuoret, mutta erityistä huomiota kiinnitettiin syrjäytymisuhan alla oleviin. Osa taidehankkeista suunnattiin muun muassa maahanmuuttajille, mielenterveyskuntoutujille ja laitoksissa oleville nuorille. Kolmen vuoden aikana yli 14 000 nuorta on päässyt ammattilaisten ohjauksessa tekemään taidetta omista lähtökohdistaan. Myrsky-toiminnan arviointitutkimus osoittaa, että nuorten omista lähtökohdista lähtevä ja taiteilijoiden ohjaama taiteen tekeminen vahvistaa nuorten hyvinvointia. Tutkimuksen mukaan taide lisää nuorten tyytyväisyyttä, elämäniloa sekä yhteisöllisiä valmiuksia ja taitoja. Taide myös vahvistaa nuorten yhteiskunnallista osallisuutta.

Tutkimuksia sosiaalisesta huono-osaisuudesta

Sosiaalinen huono-osaisuus ja rikosalttius korreloivat siten, että mitä heikompi perheen taloudellinen tilanne on, sitä todennäköisimmin nuori on osallistunut rikoskäyt-

täytymiseen ja joutunut väkivallan uhriksi. 15–16-vuotiaille suomenkielisille yläasteen 9.-luokkalaisille tehdyn kyselytutkimuksen⁴¹ perusteella myös kannabiksen kokeilu on sitä yleisempää mitä huonompi perheen taloustilanne on. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloudellista tilannetta erittäin hyväksi, vain 5 prosenttia kertoi käyttäneensä kannabista kuluvan vuoden aikana. Nuorista, jotka kuvailivat perheen taloustilannetta erittäin huonoksi, oli 14 prosenttia käyttänyt kannabista kuluvan vuoden aikana. Kannabiksen käyttö on myös sitä todennäköisempää mitä heikompaa nuoren saama tuki ja kontrolli vanhemmiltaan on (4 % vahvan kontrollin, 9 % heikon kontrollin alaisilla nuorilla). (Kivivuori ym. 2009.)

Suomalaisutkimuksissa on todettu, että valtaosaa henkirikoksiin syyllistyvistä nuorista yhdistää lapsuudenperheessä esiintyneet häiriötekijät (epävakaus, hoidon laiminlyönti, päihteiden väärinkäyttö, perheväkivalta), varhainen häiriökäyttäytyminen (oppimis- ja käytösongelmat koulussa, pikkurikollisuus) sekä päihteiden nuorena aloitettu ongelmakäyttö. Nuorista henkirikoksentehtävistä puolet on diagnosoitu huumausaineiden käyttäjiksi rikosta seuranneessa mielentilatutkimuksessa. Huomattavalla osalla myös vanhemmat tai ainakin toinen vanhemmista on ollut alkoholin ongelmakäyttäjä. (Kivivuori ym. 2009.)

Huumausainerikoksesta ehdolliseen rangaistuksen saaneilla nuorilla on korkea uusiutumisriski. Tutkimuksen mukaan ehdollisesti rangaistujen nuorten sosiaaliset sidokset, ajankäyttö ja kognitiot vaikuttivat uusiutumisiin sitä enemmän mitä heikompi koulutus, asumistilanne sekä työ- ja opiskelutilanne valvotuilla oli. Huumausaineiden selvää tai huolestuttavaa käyttöä esiintyi 11 prosentilla ja vähäistä tai ajoittaista käyttöä 14 prosentilla valvottavista. Huumeiden ongelmakäyttäjiin kohdennettiin ehdollisen vankeuden aikana jossain määrin voimakkaampaa valvontaa. Mitä vaikeammaksi valvottavan päihdeongelma katsottiin, sitä enemmän valvonnan sisällöissä keskityttiin juuri päihdeongelmaan. (Harrikari 2010.)

Lyhytaikaisvankeja koskeneessa tutkimuksessa kaikkein huono-osaisimpia vankeja olivat lapsuudessa ja nuoruudessa rikosuransa aloittaneet nuoret vangit. Heidän keskuudessaan rikoskäyttäytyminen oli aktiivisinta myös aikuisena ja he käyttivät muita aikaisemmin ja muita enemmän alkoholia ja huumeita. Heillä oli myös vähiten luottamusta siihen, että he voisivat saada laillisia palkkatuloja vapautumisen jälkeen. (Kivivuori & Linderborg 2009.)

41 V. 2008 itseilmoitettua rikollisuutta koskevaan kyselyyn vastasi 5 826 nuorta. Perusjoukkona ovat koko maan suomenkielisten yläasteiden yhdeksännen luokka-asteen oppilaat eli 15–16-vuotiaat. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen nuorisoriikollisuuskysely suoritetaan säännöllisin väliajoin. Kysely sisältää kysymyksiä 21 kielletystä tai rikollisesta teosta. Kaikkien tekojen kohdalla on kysytty onko nuori tehnyt koskaan elämänsä aikana kyseistä tekoa ja onko hän tehnyt teon kyselyhetkeä edeltävän vuoden aikana.

9 Huumeisiin liittyvä rikollisuus, sen torjunta ja huumeiden käyttö vankiloissa

9.1 Huumeisiin liittyvä rikollisuus

Tilastoitu huumausainerikollisuus lisääntyi voimakkaasti 1990-luvulla. Samoin huumeiden käyttöön liittyvä oheisrikollisuus, kuten omaisuusrikollisuus ja huumeiden aiheuttamat liikennejuopumukset, kasvoivat 1990-luvulla. Vuosituhannen vaihteen jälkeen kasvu taittui. Huumeperusteisten liikennejuopumusten tilastollista kasvua lisäsi vuonna 2003 käyttöön otettu huumeiden nollatoleranssi liikenteessä. Muutamien viimeisten vuosien aikana tilastoitu huumausainerikollisuus on ollut jälleen nousussa. Vuonna 2013 kirjattiin lähes 23 000 huumausainerikosta. Huumausainerikosten määrä nousi noin kahdella ja puolella tuhannella vuodesta 2012. (Tilastokeskus 2013; KRP 2014). Esitetyt tiedot kuvastavat vielä vuonna 2008 vain poliisin tietoon tulleita rikoksia, mutta vuodesta 2009 lähtien Tilastokeskuksen tilastointi on muuttunut siten, että se kattaa myös tullin tutkimat rikokset. Tämä muutos saattaa selittää osittain kasvua, sillä tarkasteltaessa raportissa myöhemmin seuraamuskäytäntöä huumausainerikoksissa, seuraamusten määrissä ei ole havaittavissa vastaavaa kasvua. (Kainulainen 2011.)

Poliisin mukaan Suomen tyyppillisesti löyhärakenteinen ammattimainen rikollisuus on organisoitunut tiiviimmin ja sen kurinalaisuus on lisääntynyt. Suomessa tutkitut suuret huumausainerikosjutut osoittavat selvästi, että huumausainekauppa on ammattimaista ja suurelta osin järjestäytyneiden rikollisryhmien käsissä. Erityisesti rikollisilla moottoripyöräjengeillä on vahva asema huumausainekaupan kotimaisissa toiminnoissa ja tiiviit ja toimivat yhteistyösuhteet ulkomaille, etenkin Viron järjestäytyneeseen rikollisuuteen. Järjestäytyneiden rikollisryhmien merkitys huumausainerikollisuudessa näkyy esimerkiksi aseiden ja erityisesti kaasusumuttimien yleistymisenä huumausainerikoksiin liittyvissä takavarikoissa. Järjestäytyneet rikollisryhmät ovat laajentaneet toimintaansa perinteisesti harjoittamastaan huumausaine- ja omaisuusrikollisuudesta monimuotoiseen talous- ja petosrikollisuuteen, sillä järjestäytyneen rikollisuuden tavoitteena ovat nopeat tuotot ja vaikutusvallan kasvattaminen laillisessa taloudessa ja yhteiskunnassa. (KRP 2014.)

Poliisin ja Tullin tilastojen mukaan kannabiskasvien takavarikkoja tehtiin Suomessa vuonna 2013 lukumääräisesti jälleen suurimittaisesti. Takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä oli suurempi kuin koskaan, (23 000), mikä johtunee kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja siementen verkosta hankinnan helppoudesta sekä myös siitä, että viranomaiset paljastavat kasvatusta nykyään entistä tehokkaammin. Suomessa kasvatus on vielä pääosin pienimuotoista, mutta paljastuneet kotikasvatustapaukset ovat osoittaneet, että huumeiden kasvatus on muuttunut entistä ammattimaisemmaksi. Suomessa on jo paljastunut muutamia asiantuntevasti rakennettuja ja järjestelmällisesti toimivia

yli 500 kasvin kasvattamoita. Vuonna 2013 paljastui kaksi yli 1 000 kasvin kasvattamoaa. Rikolliset moottoripyöräjengit ovat jo ryhtyneet viljelemään kannabista Suomessakin. (KRP 2014.)

Markkinoilla on tavattu edelleen huolestuttavassa määrin uusia muuntohuumeita. Muuntohuumeet voivat olla hengenvaarallisia, sillä uusien aineiden sisältämät ainesosat ja pitoisuudet vaihtelevat suuresti ja aikaisempi käyttäjäkokemus puuttuu. Muuntohuumeiden hengenvaarallisuutta lisää terveydenhuoltohenkilökunnan tietämättömyys niiden vaikutuksesta. Myrkytys- ja yliannostustapauksissa terveydenhoidon akuuteissa päivystystilanteissa hoidon merkittävänä haasteena on se, että muuntohuumeiden aiheuttamia oireita ei tunneta tarkkaan. Muuntohuumeiden aiheuttamien akuuttien myrkytystilojen hoitoon ei ole spesifisiä vastalääkkeitä. Omaan käyttöön tarkoitettuja määriä tilataan pääasiassa verkkomyymälöiden välityksellä, mikä näkyy postirahdissa muuntohuumeita sisältävien pakettien määrän huomattavana kasvuna.

Amfetamiinin ja metamfetamiinin takavarikkolukumäärässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. (KRP 2014.)

Huumausainerikokset

Vuoden 2013 aikana huumausainerikoksia tehtiin 20 656 (Tilastokeskus 2014). Samat henkilöt voivat tehdä vuoden aikana useita huumerikoksia. Poliisin tilastojen mukaan vuonna 2013 huumausainerikoksista epäiltiin 7 200 eri henkilöä. Törkeistä huumausainerikoksista epäiltyjen eri henkilöiden määrä oli 819. (KRP 2014.)

Vuonna 2013 huumausaineen käyttörikoksia oli noin 12 800, mikä vastaa noin 56 prosenttia kaikesta tilastoidusta huumausainerikollisuudesta. Perustunnusmerkistön mukaisia huumausainerikoksia oli noin 8 700 (38 %). Yksi huumausainerikoksen määrän kasvua selittävä tekijä on kannabiksen kotikasvatuksen yleistyminen ja lukuisat ekstaasiin liittyvät rikostapaukset. Törkeitä huumausainerikoksia oli vuonna 2013 huomattavasti enemmän kuin vuonna 2012, noin 1240, mikä vastaa hieman yli viittä prosenttia kaikista huumausainerikoksista. Huumausainerikoksen valmistelu ja edistäminen ovat varsin harvoin esiintyviä rikosnimikkeitä. (Tilastokeskus 2013; KRP 2014.)

Poliisi on yhdessä muiden PTR-viranomaisten kanssa tehostanut menetelmiään vakavan rikollisuuden torjunnassa. Huumausainerikostutkinnan yhteydessä on tehostettu rikoshyödyn poisottamista ja kyetty vaikuttamaan huumausainerikollisuuden toimintaedellytyksiä heikentävästi.

Taulukko 19. Poliisin, tullin ja rajavartiolaitoksen tietoon tulleet huumausainerikokset vuosina 2009–2013.

Rikosnimike	2009	2010	2011	2012	2013
Huumausainerikos	6 274	6 444	7 226	7 752	8 560
Huumausaineiden käyttörikos	11 257	12 158	12 093	11 292	12 778
Törkeä huumausainerikos	922	1 083	1 036	1 025	1 237
Huumausainerikoksen valmistelu tai edistäminen	71	39	39	33	81
Huumausainerikokset yhteensä	18 524	19 724	20 394	20 102	22 656

Lähde: Tilastokeskus.

Huumausainerikollisuudella on vahvat kansainväliset kytkennät, etenkin Viroon. Ulkomaalaisten epäiltyjen osuus törkeissä huumausainerikoksissa on viime vuosina ollut huomattava. Vuonna 2013 törkeän huumausainerikoksen tekijöiksi epäillyistä peräti 39 prosenttia oli ulkomaalaisia. Vuonna 2012 vastaava prosenttiluku oli 27 ja vuonna 2011 luku oli 24. Useiden vuosien ajan suurimpina ryhminä ulkomaalaisten joukossa ovat olleet virolaiset sekä venäläiset ja vironvenäläiset epäillyt. Suomen markkinoilla suomalaiset rikoksentehtäjät huolehtivat yleensä huumeiden vastaanottamisesta ja jakelusta Suomessa, ulkomaalaiset toimivat maahantuojina ja salakuljettajina. (KRP 2014.) Huumausainerikollisuuden kansainvälistyminen on tuonut lisähaastetta etenkin törkeiden huumausainerikosten paljastamiseen ja esitutkintaan. Esimerkiksi rikosten selvittämisessä tarvitaan yhä useammin tulkkia.

Huumausainetuomiot

Syyksi luettuja huumausainerikoksia oli vuonna 2011 yhteensä 14 100. Tuomioita, joissa huumausainerikos oli päärikos eli jutussa henkilön vakavin rikos, oli puolestaan 8 300. Huumausainerikoksista tuomitaan yleensä sakkoa. Vuonna 2011 huumausainerikoksista päärikoksena sakotettuja oli kaikkiaan hieman yli 6 700. Näistä 4 200 sakotettiin rangaistusmääräysmenettelyssä, kun taas käräjäoikeudessa sakkoja sai noin 2 500 henkilöä. Huumausainerikoksista päärikoksena tuomittiin vankeuteen reilut 1 500 henkilöä, joista 42 prosenttia (632) sai ehdottoman vankeusrangaistuksen. Syyttäjä jätti 530 henkilöä syyttämättä ja alle 40 henkilöä jätettiin käräjäoikeudessa rangaistukseen tuomitsematta. Seuraamuskäytännössä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosina. (Kainulainen 2012; Tilastokeskus 2013.)

Huumausaineen käyttörrikoksesta (RL 50:2a) seuraa yleensä rangaistusmääräysmenettelyssä annettu sakko, joka oli vuonna 2011 keskimäärin 14 päiväsakkoa. Rangaistukselle vaihtoehtoisten seuraamusten määrä on pysytellyt varsin pienenä, mutta vielä harvinaisempaa on ollut vankeusrangaistuksen käyttäminen.

Huumausainerikoksesta (RL 50:1) tuomitaan myös vankeusrangaistuksia. Jos henkilö tuomitaan samalla kertaa useista rikoksista, on keskirangaistus tavallisesti korke-

ampi. Kun rangaistuksessa on yksi rikos sekä ehdollisten että ehdottomien vankeuksien keskirangaistukset ovat pysytelleet neljän kuukauden tuntumassa. (Kainulainen 2012.) Vuonna 2011 huumausainerikoksesta päärikoksena tuomittiin ehdotonta vankeutta keskimäärin 4,7 ja ehdollista 4,0 kuukautta. (Tilastokeskus 2011.)

Törkeästä huumausainerikoksesta (RL 50:2) rangaistuslajin valinta tehdään käytännössä ehdollisen ja ehdottoman vankeuden välillä. Törkeästä huumausainerikoksesta tuomitaan yleensä ehdotonta vankeutta, sillä ehdollista vankeutta on käytetty huomattavasti harvemmin. Ehdottomissa vankeuksissa keskipituus on vaihdellut eri vuosina. Vuonna 2011 se oli noin kolme vuotta ja seitsemän kuukautta (43,1 kk). Ehdollisissa vankeuksissa keskirangaistukset ovat pysytelleet useina vuosina noin yhdessä vuodessa ja kolmessa kuukaudessa. (Kainulainen 2007; Kainulainen 2012; Tilastokeskus 2011.)

Rangaistuskäytännön yhtenäistämiseksi käytetään huumausainerikoksissa usein hyväksi rangaistustaulukoita. Tuomioistuimissa on ollut horjuvuutta kannabiksen kotikasvatuksesta annetuissa tuomioissa. Syyttämiskäytännön yhtenäistämiseksi on huumarikossyyttäjäryhmässä laadittu suositus, jossa arvioidaan kannabiskasveista saatavan sadon suuruutta. Yhden kasvin keskituotoksi on arvioitu 25 grammaa. Suosituksen mukaan syyttäjä voisi vaatia vankeutta yli kymmenen kasvin viljelmästä, kun taas sen alle jäävistä tapauksista esitettäisiin sakkoa. (Hakkarainen ym. 2011a; Valtakunnan-syyttäjänvirasto 10.6.2010.)

Rattijuopumukset

Vuonna 2012 rattijuopumusten kokonaismäärä väheni 11 % edelliseen vuoteen verrattuna. Huumausainetapausten (2 626) ja sekakäyttötapausten (631) määrä pysyi kuitenkin edellisvuoden tasolla, jolloin alkoholitapausten suhteellinen osuus hieman laski. Vuonna 2012 alkoholitapauksia kaikista tapauksista oli 83 %, huumetapauksia 14 % ja sekakäyttötapauksia 3 %. (Tilastokeskus 2013.) Vuonna 2013 rattijuopumustutkimuksissa huumaus- ja lääkeainetutkimukset tehtiin 4 500 tapauksessa. Yleisimmin löydetty aineet olivat bentsodiatsepiinit (64 % tapauksista), amfetamiinit (51 %) ja kannabis (34 %) ja buprenorfiini (21 %). (KRP 2014.)

Vuonna 2009 ilmestyneessä rekisteritutkimuksessa arvioitiin huumaantuneena ajamisen esiintymistä ja trendejä Suomessa 1977–2007. Huumaantuneena ajaminen yleistyi ajanjaksolla 18-kertaisesti. Kaikista seuranta-aikana epäillyistä kaiken kaikkiaan 90 % oli miehiä, mutta vuosittainen naisten osuus epäillyistä kasvoi seurantajakson aikana hieman. Vuonna 1977 epäillyistä naisia oli 7 % ja vuonna 2007 yhteensä 10,3 %. Trendi oli tilastollisesti merkitsevä. Yleisimmin löydetty aineet olivat bentsodiatsepiinit (76 %), amfetamiinit (46 %), kannabis (28 %) ja opioidit (14 %). Varsinaisista huumausaineista yleisimmät, amfetamiinit ja kannabis, alkoivat ilmentyä 1980-luvun lopulla. Huumetapausten määrä alkoi kasvaa, kun huumeiden osalta Suomessa otettiin käyttöön nollaraja vuonna 2003. (Ojaniemi ym. 2009.)

Huumaantuneena ajaneista suurimmalla osalla (77 %) näytteistä löydettiin yhtä aikaisesti useampia aineita. Moniainelöydöksistä yleisimpiä olivat bentsodiatsepiinit

alkoholin kanssa (20 %) ja bentsodiatsepiinit ja amfetamiinit (18 %). Bentsodiatsepiinit olivat osana viidessä yleisimmässä yhdistelmässä. Alkoholin osuus moniainelöydöksistä on vähentynyt seuranta-ajan kuluessa (1/5 näytteistä 2007). (Karjalainen ym. 2010.)

Muut huumeisiin liittyvät rikokset

Tietyistä rikoksista huomattava osa tehdään päihtyneinä, mutta alkoholi on huumeita tai sekakäyttöä huomattavasti merkittävämmässä asemassa. Kaikista pahoinpitelyrikkoksista (pahoinpitely, lievä pahoinpitely ja törkeä pahoinpitely) tehtiin 55 prosenttia alkoholin, 0,3 prosenttia huumausaineiden ja prosentti kahden tai useamman päihteen vaikutuksen alaisena. Kaikista ryöstörikoksista tehtiin 36 prosenttia alkoholin, 4 prosenttia huumausaineiden ja 6 prosenttia sekakäytön vaikutuksen alaisena. Varkausrikoksiin (näpistys, varkaus, törkeä varkaus) syyllisiksi epäillyistä 11 prosenttia toimi alkoholin, 2 prosenttia huumausaineiden ja 11 prosenttia sekä alkoholin että huumausaineiden vaikutuksen alaisena. Moottorikulkuneuvojen käyttövarkauksista 20 prosenttia tehtiin alkoholin, 8 prosenttia huumausaineiden sekä 3 prosenttia sekakäytön vaikutuksen alaisena. (Tilastokeskus 2013.)

Rahanpesulain nojalla tehdyt epäilyttävää liiketointa koskevat ilmoitukset Suomessa liittyvät yleensä talousrikoksiin. Vuonna 2013 esitutinnan yhteydessä tutkittavaksi siirretyistä ilmoituksista vain 2 % liittyi huumausainerikoksiin. Rahanpesuun erikoistuneita ammattirikollisia on Suomessa vähän, ja rahanpesijöinä toimivat yleensä rikollisten perheenjäsenet tai muut lähipiiriin kuuluvat henkilöt. (KRP 2014)

Keskusrikospoliisin rahanpesun selvittelykeskus on vuosilta 1994–2012 kerännyt tuomioita rahapesuun liittyen. Yhteensä 156:sta tutkimukseen valitusta tuomiosta 56:ssa rahanpesun esirikoksena on ollut huumausainerikos. Huumausainerikosten lisäksi tavallisimpia esirikoksia ovat olleet erilaiset talousrikokset. Tutkimuksessa mukana olleissa tuomioissa yleisin rangaistus oli ehdollinen vankeusrangaistus. Ehdottomista vankeusrangaistuksista (42 kpl) yhteensä 34 rangaistusta annettiin yhtenäisrangaistuksena pääosin huumausainerikosten kanssa. (KRP 2014)

Tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta

Tuula Kekin (2012) tutkimus huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinnoista taparikollisuudesta käsittelee huumeita käyttäviä taparikollisia sekä rikollisen elämäntavan ja identiteetin että valvonnan näkökulmasta. Tutkimuskohteena ovat sellaiset huumeiden käyttäjät, joiden huumeiden käyttö on säännöllistä ja rikollinen toiminta jatkuvaa. (Kekki 2012)

Tutkimuksessa analysoidaan rikosten motiiveja ja mielekkyyttä sekä rikollisen käyttäytymisen muuttumista ajan kuluessa. Tutkimuksessa ilmeni, että huumeiden käyttäjät syyllistyivät monipuolisesti eri rikoslajeihin. Varsinaista erikoistumista tai rikollisuuden ammattimaistumista ei ollut yleisesti havaittavissa rikoshistorian aikana. Taloudelliset motiivit eivät olleet ainoita syitä syyllistyä rikoksiin. Laittomien keinoin tavoiteltiin

myös immateriaalisia etuja, kuten jännitystä ja kaveripiirin hyväksyntää. Aineistoissa oli vahvoja viitteitä siitä, että henkilöt kokivat rikolliskulttuurin houkuttelevaksi elämäntavaksi. Konventionaalinen elämäntapa ei kiehtonut heitä, ja toisaalta rikollisen identiteetin muodostumisen myötä he olivat vieraantuneet siitä. Ennemmin he halusivat samaistua rikolliseen vertaisryhmään ja saada siellä arvostusta. Huumeita käyttäville taparikollisille oli tyyppillistä valmius ottaa riskejä, vaikeus tai haluttomuus havaita tekojensa seurauksia. Vaikka he toimivat totutun tavan ja alakulttuurin sääntöjen mukaan, toiminta ei aina tuottanut mielihyvää. (Kekki 2012.)

Toiseksi tutkimuksessa tarkastellaan tapoja, joilla poliisit tulkitsevat huumarikostorjunnan merkitystä toisaalta yksittäisen huumeiden käyttäjän ja toisaalta teon yhteiskunnallisen haitan perusteella. Poliisin valvonnalla on vahva normatiivinen perusta – kaikki huumeisiin liittyvä toiminta on kriminalisoitua, joten poliisilla on laillinen valtuutus puuttua siihen. Tämän lisäksi poliisi näkee huumarikollisuuden haitallisena, moraalittomana ja epätoivottavana toimintana, jonka sääntelemisellä on takanaan valtaväestön vahva tuki. Poliisitoimintaa kuvaavat aineistot osoittavat, että kontrolli keskittyi tunnetuihin käyttäjiin, mutta tämä johtuu pitkälti huumeiden käyttäjien oheisrikollisuudesta. Poliisiretoriikassa huumeiden käytön kontrollissa oli pitkälti kyse yleisen turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidosta. Poliisin mielestä heillä on hyvin vähän mahdollisuuksia vaikuttaa yksittäisiin rikoksentehtäjiin, mutta sitä vastoin huumeiden käyttäjien valvonnalla on merkitystä ”yhteiskuntarauhan” kannalta. (Kekki 2012.)

9.2 Vaihtoehtoiset seuraamukset

Hoitoonohjaus ja puhuttelu

Huumeiden käyttäjille on kehitetty vaihtoehtoisia seuraamuksia; nuorille käyttäjille puhuttelukäytäntö ja ongelmakäyttäjille hoitoonohjaus. Valtakunnansyyttäjä on kannustanut syyttäjiä tekemään syyttämättä jättämispäätöksiä hoitoon hakeutuneista käyttäjistä (VKS 2006:1). Ohjeissa myös todetaan, että huumeriippuvuudesta vapautuminen voi olla vaikeaa ja se voi vaatia useita sisällöltään erilaisia hoitojaksoja. Tästä syystä sama henkilö on mahdollista jättää syyttämättä hoidon takia useamman kerran. Hoitoon hakeutuminen osoitetaan kirjallisella todistuksella, josta käy ilmi, että huumeiden käyttäjä on hakeutunut hoitopaikkaan tai hän on muulla tavoin varannut sieltä paikan tai vastaanottoajan.

Valtakunnansyyttäjäviraston keräämien tietojen mukaan vuonna 2010 hoito oli esillä 38 syyttämättä jättämispäätöksessä. Puolet päätöksistä tehtiin Lapissa. Syyttämättä jättämispäätöksistä vuonna 2009 tehdyn selvityksen perusteella miehiä oli hoitoon hakeutuneista 70 ja naisia 30 prosenttia. Alaikäisiä oli joka viides (6). Rikoksen kohteena oli pelkästään mieto huumausaine 43 prosentissa tapauksia. Huumausaineeksi luokiteltu lääke löytyi 33 prosentissa tapauksista. Päätöksistä 10 prosentissa mainittiin pelkästään vahva huume (amfetamiini). Lopuissa 13 prosentissa päätöksistä oli kyse erilaisten huumausaineiden yhdistelmistä. Subutexista tai Suboxonesta löytyi maininta lähes joka kolmannessa päätöksessä. (Kainulainen 2012.)

Hoitoon hakeutuneen syyttämättä jätetyn syyksi saatettiin lukea vain vähäinen huumausainerikos, kuten kertaluonteinen huumeiden käyttö. Osassa päätöksiä huumeiden käyttö oli jatkunut kuukausia, toisinaan muutaman vuoden. Lähes kaikissa tapauksissa rikosnimikkeenä oli huumausaineen käyttörikos. Muutamassa tapauksessa henkilö oli sen ohella syyllistynyt muuhun rikokseen, kuten väärennykseen, lievään ampumaserikokseen tai alkoholijuoman hallussapitorikkomukseen. Aineistosta löytyi muutama huumausainerikos henkilön syyllistyttyä myös kannabiksen viljelemiseen tai huumeiden luovuttamiseen. (Kainulainen 2012.)

Valtakunnansyyttäjä on kannustanut antamissaan ohjeissa syyttäjiä järjestämään huumeiden käytöstä ensi kertaa kiinni jääneille 15–17-vuotiaille nuorille puhuttelutilaisuuden, johon kutsutaan nuori, hänen huoltajansa, sosiaaliviranomaisen edustaja ja poliisi (VKS 2006:1). Puhuttelutilaisuudessa nuorelle kerrotaan mahdollisimman monipuolisesti huumeiden käyttämisen rikollisesta luonteesta ja moitittavuudesta sekä selvitetään nuoren elämäntilanne ja millaiset jatkotoimenpiteet sopivat hänelle parhaiten. Tilaisuuden päätteeksi syyttäjä voi tehdä päätöksen syyttämättä jättämisestä. Jos nuori ei saavu paikalle tai tilaisuudessa ilmenee muita seikkoja nuori voi saada sakko-rangaistuksen. (Kainulainen 2009.)

Valtakunnansyyttäjän keräämien tietojen mukaan vuonna 2010 puhuteltiin 161 nuorta. Tilaisuuksista suurin osa (61 %) järjestettiin Varsinais-Suomessa. Syyttämättä jätetyistä nuorista vuonna 2009 tehdyn selvityksen mukaan puhuteltu nuori oli tyypillisesti syyllistynyt kannabiksen kokeilemiseen muutaman kerran. Hän sai aineen käsiinsä tarjottuna tai hänen kerrottiin itse vastanneen aineiden hankinnasta. Vain harvoissa tapauksissa kerrottiin nuoren käyttäneen kannabista pidemmän ajanjakson kuluessa. Enimmillään kyse oli kaksi vuotta jatkuneesta säännöllisestä kannabiksen käytöstä. Muutamissa päätöksissä kyse oli käyttörikoksen sijasta huumausainerikoksesta, koska nuori oli luovuttanut pienen huumemäärän edelleen tai pitänyt sitä hallussaan levitystarkoitusta varten. (Kainulainen 2012.)

Puhuttelutilaisuudessa saattoi nuoren lisäksi olla läsnä hänen vanhempansa, sosiaalityöntekijä, perhekodin edustaja tai poliisi. Joissakin päätöksissä kerrottiin jonkun viranomaisen poisjäännistä kutsusta huolimatta. Syyttäjä saattoi päätöksessään kuvata nuoren käyttäytymistä puhuttelutilaisuudessa. Syyttäjän uskoa saattoi vahvistaa nuoren perheeltään tai lastensuojelulta saatava tuki. (Kainulainen 2012.)

Valtakunnansyyttäjä on kerännyt tiedot puhutteluista ja hoitoonohjauksesta myös vuodelta 2011. Vuonna 2011 puhutteluja tehtiin 154. Luku oli 7 vähemmän mitä vuonna 2010. Vastaavasti hoitoonohjauksia tehtiin vuonna 2010 yhteensä 38 ja vuonna 2011 yhteensä 23.

Taulukko 20. Puhuttelut ja hoitoonohjaus syyttäjänvirastoissa 2010–2012.

Syyttäjänvirasto	Puhuttelu			Hoitoonohjaus		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012
Helsinki	4	22	15	2	-	-
Länsi-Uusimaa	-	3	20	-	-	-
Itä-Uusimaa	13	15	21	-	-	-
Kanta-Häme	4	29	3	-	-	-
Salpausselkä	7	3	1	1	-	2
Länsi-Suomi	98	48	89	13	13	12
Pirkanmaa	2	7	11	3	-	-
Pohjanmaa	4	10	15	-	-	-
Keski-Suomi	2	2	-	-	-	-
Itä-Suomi	19	8	14	-	5	1
Oulu	7	7	15	-	-	-
Lappi	1	-	-	19	5	2
Yhteensä	161	154	204	38	23	17

Lähde: Valtakunnansyyttäjänvirasto (2013).

Heini Kainulainen (2009) on tutkinut väitöskirjassaan huumeidenkäyttäjien rikos-oikeudellista kontrollia Suomessa. Väitöskirjassa on käsitelty vaihtoehtoisia seuraamuk-sia, kuten toimenpiteistä luopumista ja syyttämättä jättämistä, ja niihin 2000-luvulla käyttörikosuudistuksen yhteydessä liitettyjä hoitoonohjausta ja puhuttelua. Analyysi osoittaa, että käytössä olevissa prosesseissa ei ole pystytty tekemään kunnollista seuraa-musharkintaa. Esimerkiksi huumeiden käyttäjät ovat joutuneet toistuvasti sakotetuiksi rangaistusmääräysmenettelyssä.

Tutkimus osoittaa, että toimenpiteistä luopuminen on ollut vähän käytetty seu-raamus, vaikka erityisesti huumausainerikoksissa sille olisi erityistä tarvetta. Poliisi on ollut vuosikymmeniä haluton soveltamaan tätä säädöstä, sillä se on pitänyt tär-keänä huumeiden käyttäjien toimintaan puuttumista. Myös syyttäjillä oli sama linjaus 1960–1980-luvuilla. Rangaistukseen tuomitsematta jättäminen oli yleistä tuomioistu-in-käytännöissä 1970-luvun alussa, mutta käytäntö ankaroitui muutamassa vuodessa. Toi-menpiteistä luopumista uudistettiin 1990-luvulla, jonka jälkeen syyttämättä jättäminen yleistyi. (Kainulainen 2009.)

Huumeiden käyttörikosuudistuksen myötä 2000-luvun alussa seuraamuskäytäntö kiristyi, sillä huumeiden käyttäjien sakottaminen rangaistusmääräysmenettelyssä yleis-tyi samalla kun syyttämättä jättäminen vähentyi samaan aikaan. Kainulaisen mukaan käyttörikosuudistuksessa ei ole onnistuttu lakia säädettäessä asetetuissa tavoitteissa, sillä toimenpiteistä luopuminen hoitoon hakeutumisen perusteella on erittäin harvinaista. (Kainulainen 2009.)

9.3 Huumeiden käyttö ja päihdetyö vankiloissa

Rikosseuraamusalan asiakkaat muodostavat marginaalisen huono-osaisten ihmisten ryhmän, jonka koulutustausta, sosiaalinen asema, ammatillinen ura ja terveydentila ovat selkeästi heikommät kuin muulla väestöllä. Suuri osa rikoksista tehdään päihtyneenä tai rikoskierteeseen joudutaan päihteiden käytön rahoittamiseksi. Vankilassa kohdataan niitä, joilla on päihderiippuvuus joka on johtanut varhaiseen syrjäytymiseen. Tämä on synnyttänyt tarpeen yhdistää rikosoikeudelliseen seuraamukseen kuntoutusta, joka vähentää tuomittujen uusintarikollisuusriskiä. Tässä luvussa kuvataan vankila-aikaista huumeiden käyttöä ja vankiloiden päihdetyötä.

Vankila toimintaympäristönä

Suomessa on 26 vankilaa, jotka ovat kooltaan, toimintakulttuuriltaan, rakenteiltaan ja perinteiltään varsin erilaisia, vaikka niitä ohjaava lainsäädäntö onkin sama. Vankila ei ole kuntoutuslainsäädännön tarkoittama kuntoutusorganisaatio, ja päihdehoitolain mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmaisen hoito. Vankilan ensisijainen tehtävä ei ole kuntoutus vaan rangaistusten täytäntöönpano. Vankilat ovat usein tekemisissä pitempään yksittäisen päihteidenkäyttäjän kanssa kuin muut vapaudessa olevat järjestelmät yhteensä. Siksi vankeusaikaa on maksimaalisesti hyödynnettävä päihdeongelmaisten vankien hoitamiseksi ja tukemiseksi (Havio, Inkinen & Partanen 2009).

Vankila on kuntoutusympäristönä varsin haastava. Varsinkin suljetuissa laitoksissa on vankilan luonteeseen kuuluvia, kuntoutusta haittavia tekijöitä, kuten vangin itsemääräämisoikeuden vähäisyys ja vankilan varsin ankeat fyysiset puitteet. Vangeilla on omat sisäiset sääntönsä, ja myös ne pitävät yllä rikollista ajattelua ja siihen liittyviä arvoja ja normeja. (Kurki, Kurki-Suutarinen & Taruvuori 2010.)

Vankiloiden päihdetyötä ohjaavat Päihdetyön linjaukset vuosille 2012–2016, jossa todetaan, että alalla toteutettavan päihdetyön tulee vastata tarjonnaltaan ja tasoltaan yleistä sosiaali- ja terveysalalla annettavaa päihdehoitoa ja kuntoutusta. Päihdetyö on keskeinen osa rikosseuraamusalan perustyötä ja siihen osallistuu koko henkilöstö. Päihdetyö jakautuu motivointiin, arviointiin sekä palveluohjaukseen, päihdevalvontaan, päihdehoitoon ja -kuntoutukseen. Työnjaosta ja koulutuksesta riippuen henkilökunta osallistuu näihin osa-alueisiin joko tekijänä tai tukijana. Jatkossa vankilan ulkopuolisia työmuotoja pyritään viemään vankiloihin entistä enemmän ja päihdekuntoutuspalveluja tuotetaan vankiloihin ostopalveluna. (Rikosseuraamuslaitos 2012a.)

Vankilassa on mahdollista erilaisten toimintaohjelmien, päihdekuntoutuksen, sosiaalisen ja ammatillisen kuntoutuksen sekä yksilöllisen tuen avulla vaikuttaa vankien asenteisiin, tunne-elämään, päihteiden käyttöön, kognitiivisiin ja sosiaalisiin taitoihin, sosiaaliseen verkostoon ja sosiaalisiin olosuhteisiin. Toiminnan taustalla on yksi rikosseuraamusalan perusajatuksista eli usko ihmisen mahdollisuudesta muuttua ja kasvaa.

Huumeiden käytön laajuuden arviointi

Rikollisuustilanne on pysynyt viime vuosina melko vakaana ja tilastoitujen rikosten kokonaismäärä on 2000-luvun alkuvuosista hieman vähentynyt lähes kaikissa rikostyypeissä. Vuonna 2012 vangeista 17 % oli tuomittu päär rikoksenaan huumausainerikos, joka on tuomion syistä kolmanneksi yleisin. Huumausainerikoksesta tuomittujen osuus on 2000-luvulla vaihdellut 14 ja 18 prosentin välillä. Ulkomaalaisista vangeista yleisin tuomion syy on huumausainerikos (40 %), kun taas muiden vankien keskuudessa suurin vankiryhmä koostuu päär rikoksena väkivaltarikoksista tuomituista. (Rikosseuraamuslaitos 2012b; 2013a.)

Useimmat vangit ovat itsekin rikoksen uhreja ja heillä on psyykkisiä ja fyysisiä ongelmia, puutteelliset sosiaaliset taidot sekä muuta väestöä vähäisempi koulutus ja työmarkkinoiden ulkopuolisuus. Huumausainerikoksesta tuomittujen määrät ovat viime vuosina vakiintuneet, mutta pidemmän ajan ennusteita on vaikea tehdä. Huumausaineriippuvaisten vankien määrän ennustetaan lisääntyvän edelleen, vaikka nopeimman kasvun vaihe on takana. (Rikosseuraamuslaitos 2013b.)

Huumausaineiden käyttäjien määrää vankiloissa ei tiedetä tarkasti, mutta sitä pyritään seuraamaan systemaattisesti. Keskeistä huumetilanteen seurannan kannalta on luotettava tilastointijärjestelmä, joka antaa tietoa keskeisistä tunnusluvuista.

Vankila-aikaista huumeiden käyttöä kuvaavia indikaattoreita ovat muun muassa:

- erilaiset vangille tehtävät haastattelut ja kyselyt, tulohaastattelu, riski- ja tarvearvio sekä erilaiset tutkimukset jne.
- päihteidenkäyttödiagnoosin esiintyvyys (%) vangeilla
- aikaisemmat epikriisit ja hoitohistoria
- päihdetestauksessa saadut tulokset
- vankila-aikaiset vieroitus- ja katkaisuhoidot
- tehtyjen hepatiitti- ja hiv-testien ja positiivisten testitulosten määrä
- tehtyjen B-hepatiittirokotusten määrä
- itsensä päihdyttämisestä annetut tai muut päihteisiin liittyvät kurinpitorgaistukset
- takavarikoidut päihteet ja käyttövälineet
- rangaistusajan suunnitelmien päihdekuntoutustavoitteet ja -kuntoutukseen osallistuminen

Asiakkaiden huumeiden käyttöä arvioidaan monessa eri yhteydessä, kuten muun muassa rangaistusajan suunnitelmaa laadittaessa, mahdollisten vieroitusoireiden havaitsemisessa, rangaistuksenaikaisen mahdollisen päihteiden käytön tunnistamisessa, avolaitoksessa ja koevapaudessa selviytymisen arvioimisessa sekä päihdehoidon ja -kuntoutuksen suunnittelussa sekä ulkopuolisiin päihdepalveluihin ohjaamisessa.

Kesäkuussa 2010 julkaistiin laaja terveystutkimus, jossa on selvitetty sekä vankien että yhdyskuntaseuraamuksia suorittavien terveydentilaa ja päihdeongelmia. Tutkimusaineisto kerättiin vuosina 2005–2006 ja se kattaa tiedot noin 700 rikoksenteiki-

jän fyysisestä ja psyykkisestä terveydentilasta. Tutkimuksen mukaan vangit ja muut rangaistusta suorittavat ovat sairaampia kuin 20 vuotta sitten. Muutos huonompaan koskee erityisesti psyykkisiä sairauksia ja hepatiitteja. Tuomittujen päihdeongelmat ovat yleistyneet rajusti: jokin elämän aikainen päihderiippuvuus oli tämän tutkimuksen mukaan 84 prosentilla miesvangeista. (Joukamaa 2010.)

Suomessa tehtiin joulukuussa 2010 vankilaelämän laatukysely neljässä vankilassa (N=264), jossa muun muassa kysyttiin vankien päihdeongelmasta. Vastanneista 49 % vastasi kyllä ja 51 % oli sitä mieltä, että päihdeongelmaa ei ole. Vangeilta kysyttiin myös päihteiden käyttöä kyseiseen vankilaan tulon jälkeen. Kyselyyn vastanneiden vankien mukaan päihteiden käyttö oli hyvin harvinaista vankeusaikana, sillä vain 1 % kertoi aloittaneensa päihteiden käytön ja 4 % kertoi jatkaneensa sitä entiseen tapaan vankilassaoloaikana. (Linderborg ym. 2012.) Myös Perälän (2011) mukaan osa vankilaan lähtijöistä lopettaa kaupankäynnin ja huumeiden käytön tuomion suorittamisen ajaksi.

Rikosseuraamuslaitoksen laatukyselyssä 2013 yhtenä osana oli vangeille lähetettävä kysely, jossa heiltä kysyttiin muun muassa koettua päihdeongelmaa. Aineiston keruun ajankohtana vankiloissa oli kirjoilla 3 215 vankia. Heistä kysymykseen koetusta päihdeongelmasta vastasi 28 prosenttia kyllä ja 72 prosenttia oli sitä mieltä, että heillä ei ole päihdeongelmaa. (Rikosseuraamuslaitos 2013c.)

Kivivuoren ja Linderborgin (2009) lyhytaikaisvankeja koskevassa tutkimuksessa yli puolet vangeista kertoi käyttäneensä ennen vankilaan tuloa kannabista ja melkein puolet kovia huumeita. Vangeista 42 prosenttia ilmoitti joskus käyttäneensä huumeita suonen-sisäisesti. Nuorena rikollisen toiminnan aloittaneista 82 % oli käyttänyt huumeita, kun taas harvinaisinta huumeiden käyttö oli aikuisena rikosuran aloittaneiden varttuneiden vankien keskuudessa (23 %). Päihteiden käytön keskimääräinen aloitusikä oli vangeilla selkeästi alhaisempi kuin vertailuryhmässä. Yhdeksän kymmenestä vangista ilmoitti, että päihteiden käytöllä on ollut vaikutusta heidän rikollisiin tekoihinsa. Vangeista neljä viidestä koki päihteiden käytön ainakin joskus ongelmaksi. Vangeista yli kolmannes oli joskus elämässään ollut päihdehuollon laitoksessa, neljännes A-klinikalla ja viidennes vertaistukiryhmässä (kuten AA tai NA). (Kivivuori ja Linderborg 2009.)

Päihdevalvonta osana huumetyötä

Rikosseuraamusalan päihdetyö perustuu päihteiden tarjonnan ja kysynnän vähentämiseen estämällä välittäjien toiminta ja tekemällä siten päihteiden käyttö vankilassa vaikeaksi. Huumeiden käyttöön liittyy vankiloiden kaltaisissa suljetuissa paikoissa muiden haittojen lisäksi velkojen perimistä ja huumarikokseen pakottamista, jonka vuoksi monet vangit haluavat viettää rangaistusaikansa kokonaan muista vangeista eristyksessä (ks. esim. Ruckenstein ja Teppo 2005). Useimmat vangeista myös arvostavat osastojen ja laitosten huumeettomuutta sekä sitä, että tämän turvaamiseksi myös järjestetään huumeetestejä (Danielsson ym. 2006; Linderborg ym. 2012.)

Vangilla on oikeus suorittaa vankeusrangaistuksensa päihteettömässä ympäristössä, jossa häntä ei painosteta päihteiden käyttöön. Osastointi mahdollistaa sen, että

ohjelmatoiminnoissa mukana olevat vangit sitoutuvat päihteettömyyteen ja voivat asua kuntoutusmyönteisessä ympäristössä. Kokonaisuutena sopimusosastoja on varsin vielä vähän. Joissain vankiloissa ei ole yhtään sopimusosastoa, vaikka seurantatietojen mukaan ongelmia ja merkintöjä kurinpitotilastoihin tulee sitä vähemmän, mitä enemmän vankilassa on päihteettömiä paikkoja (Junninen 2008).

Vankitietojärjestelmään dokumentoidaan kattavasti päihdetestien tulokset. Tämän vuoksi huume-testejä voidaan pitää ensisijaisena tietolähteenä kuvattaessa vankien päih-teiden käyttöä vankeusaikana. Päihdetestausjärjestelmä ei kuitenkaan ole aukoton, sillä vankia saadaan Vankeuslain 16 luvun 7 §:n mukaan testata vain käyttöä epäiltäessä tai tiettyjen lupa-asioihin liittyen eli esimerkiksi seulontatarkoituksessa.

Taulukko 21. Otetut virtsa-, veri-, ja sylkitestit / keskivankiluku.

Laitokset	2010	2011	2012
Suljetut laitokset	5,1	5,5	5,9
Avolaitokset	9,1	9,4	9,4
Kaikki yhteensä	6,2	6,7	6,9

Vuonna 2012 otettiin kaiken kaikkiaan yhteensä 36 070 päihdetestiä, kun vuonna 2011 testejä otettiin yhteensä 33 090 testiä. Näistä vajaat 2 000 lähetettiin laboratorioon varmistus- ja lisäseulontatestiin, joista vajaasta 1 000 testistä saatiin positiivinen testi-tulos. Yleisimmät päihdetestissä löydetyt aineet olivat bentsodiatsepiini, buprenorfiini ja amfetamiini.

Obstbaumin, Tynin ja Ryynäsen (2009) tutkimuksen mukaan eri rikosentekijät eivät juurikaan eroa positiivisten testitulosten suhteen toisistaan seksuaalirikollisia lukuun ottamatta. Yleisimmin positiivisia testituloksia löytyy niiltä, jotka ovat syyllis-tyneet huumerikokseen, mutta on huomioitava myös se, että usein heitä myös testataan eniten. Bentsodiatsepiinien käyttö on yleistä kaikissa ryhmissä, erityisesti väkivalta ja omaisuusrikollisten ryhmässä.

Taulukko 22. Päihde-ehtoiset kurinpitotarkastukset ja rikosilmoitukset vankiloissa vuonna 2011–2012.

	Kurinpitotarkastusten määrä/ keskivankiluku		Rikosilmoitusten määrä/ keskivankiluku	
	2011	2012	2011	2012
Kaikki laitokset	0,4	0,4	0,06	0,06
Suljetut laitokset	0,3	0,3	0,09	0,08
Avo laitokset	0,6	0,6	0,02	0,02

Kurinpitorangaistuksia, joiden syynä on itsensä päihdyttäminen, esiintyy vuosittain hieman alle 500. Määrä on pysynyt samalla tasolla viime vuosien aikana. Vakavista rikkomuksista, joista tyypillisimpiä ovat huumausainerikokset, karkaamiset ja väkivaltarikokset, tehdään rikosilmoitus poliisille. Vankilan ja poliisin paikallisessa yhteistyösopimuksessa määritellään tehdyn huumelöydöksen seuraamusmenettely, käsitelläänkö se kurinpitoasiana vankilassa vai siirretäänkö se poliisin tutkittavaksi.

Vuonna 2010 vankiloissa takavarikoitiin vähemmän huumausaineita kuin edellisinä vuosina. Vuoden 2010 aikana takavarikoitu kannabis-, amfetamiini- ja heroini määrä oli yhteensä vajaat 200 grammaa, kun se vuosina 2003–2005 oli noin 600 g vuosittain. Yleisen laskusuunnan voidaan arvioida johtuvan tiukentuneesta valvonnasta (mm. huumekeiratoiminnan vakiintuminen), päihdeettömien osastojen lisääntymisestä ja niiden päihdetestauksista. Näiden tekijöiden yhteisvaikutuksesta kiinnijäämisriski on kasvanut. Avolaitospaikan menettäminen on myös tehokas, ennalta estävä seuraamus kiinnijäämisestä. Vankiloissa liikkuu paljon tunnistamattomia tabletteja, johon esimerkiksi hormonien maahantuonti voi olla yksi syy. Näitä tunnistamattomia aineita haltuunsa saava henkilö ei välttämättä tiedä, mitä ne sisältävät. (Perälä 2011.)

Taulukko 23. Vankiloista löydetty huumausaineet vuosina 2008–2010.

Ainelöydökset	2008	2009	2010
Amfetamiini	191 g	141 g	94 g
Kannabis	85 g	133 g	95 g
Subutex jauheena	-	-	19 g
Subutex tbl	141 kpl	77 kpl	77 kpl
Heroiini	0,2 g	2 g	0 g
Kokaiini	0,98 g	20 g	1,3 g
Hormoni (neste)	-	-	55 ml
Hormonit kpl	2 478 tbl	1 294 tbl	900 tbl
Imeytetyt aineet ja jauheet (postimerkit, kirjeet)	314 kpl	256 kpl	190 kpl
Huumaavat lääkkeet; tabletteja	1 549 kpl	1 766 kpl	1 089 kpl
Muut tunnistamattomat lääkkeet	3 740 kpl	4 165 kpl	4 046 kpl
Huumeruisku		176 kpl	97 kpl
Neula		215 kpl	123 kpl
Piippu		12 kpl	21 kpl
Muu käyttöväline		10 kpl	8 kpl

Lähde: Rikosseuraamusvirasto 2011.

Perälän (2011) mukaan betsodiatsepiinipohjaiset lääkkeet ovat säilyttäneet suosionsa vankilamarkkinoilla vuosien saatossa. Buprenorfiinin suosioon on vaikuttanut muun muassa se, että se mahtuu pieneen tilaan ja huumekoiran on vaikea haistaa sitä hyvin pakattuna. Sillä on myös vankilamarkkinoiden paras tuotto ja se ei näy huumes- teissä kovinkaan pitkään. Amfetamiini on vankiloiden toiseksi suosituin huumausaine. Buprenorfiinin tavoin se vie kuljetettaessa vähän tilaa, eikä sekään näy kovin pitkään huumes- testeissä. Se ei kuitenkaan tuota yhtä hyvää voittoa kuin buprenorfiinin ja huu- mekoira haistaa sen helpommin. (Perälä 2011.)

Systemaattisen valvonnan lisäksi tarkastustoiminnalla pyritään estämään päihtei- den esiintyminen vankilassa. Vankien asuintiloja sekä omaisuutta tarkastetaan muun muassa epäiltäessä järjestysrikkomusta. Tarkastuksen toteuttaminen edellyttää aina perusteiden olemassaoloa. Lisäksi tehdään erityistarkastuksia, jossa koko vankila, sen osasto tai muu tila tarkastetaan perusteellisesti. Henkilötarkastus on tarkastusta astetta vakavampaa puuttumista henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Henkilökatsastus merkitsee vakavaa puuttumista yksilön henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja se voidaan suorittaa esimerkiksi silloin kun vangin epäillään kuljettavan tai säilyttävän kehonsa sisällä huumausainetta tai niiden käyttöön tarkoitettuja välineitä ja dopingai- neita. (Myhrberg 2007.)

Päihteidän välittämiseen ja muuhun päihderikollisuuteen vankilassa syyllistyneet vangit sijoitetaan häiriöiden estämiseksi erilleen muista vangeista ja heidät ohjataan keskustelemaan päihteidän käytöstään erityishenkilöstön kanssa. Lähtökohta on, että positiivisesta testituloksesta seuraa erilaisten lupien epääminen ja vanki tavallisesti menettää avolaitospaikkansa tai hänen koepäpautensa peruutetaan. Mikäli vanki jää tavallisella osastolla kiinni päihteidän käytöstä, hän saa tavallisesti kurinpitörangais- tuksen. Jos taas vanki antaa positiivisen näytteen osallistuessaan kuntoutusohjelmaan, hänet siirretään kuntoutusohjelmasta pois ja päihteidän käyttöä käsitellään retkahdus- tapahtumana, jonka jälkeen vangin on mahdollista palata kuntoutukseen.

Koulutettu koira ja sen ohjaaja on hyvä keino pitää huumeet vankilan muurien ulkopuolella sekä löytää vankiloihin sisälle tuodut huumausaineet. Koulutettuja koi- ria käytetään sekä tilojen että henkilön tarkastamiseen. Koulutetun koiran käytöllä on myös merkittävä ennaltaehkäisevä vaikutus siihen, ettei vankiloihin salakuljeteta huumausaineita. Vuoden 2011 lopussa vankiloissa oli yhteensä 21 koulutettua koiraa.

Rikosseuraamusalan terveydenhuoltoyksikön osallistuminen päihdetyöhön

Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikkö vastaa tutkinta- ja vankeusvankien terveydenhuollosta vankeuden aikana. Jyrki Kataisen hallituksen ohjelmassa maini- taan rikosseuraamusalaa ja päihdetyötä koskien seuraavia asioita: Vankeusaikana selvi- tetään vankien työkyky, kuntoutustarpeet ja koulutusmahdollisuudet. Lisäksi hallitus- ohjelmassa mainitaan, että vankien terveydenhuolto siirretään sosiaali- ja terveystalan lupa- ja valvontaviraston valvontaan sekä kartoitetaan mahdollisuudet ottaa sopimus- hoitokäytäntö osaksi seuraamusjärjestelmää. (Huumausainepoliittisen koordinaatio-

ryhmän hallituskauden 2007–2011 loppuraportti.) Oikeusministeriön hallinnonalalla selvitetään parhaillaan vankien terveydenhuollon järjestämisen ja rahoittamisen siirtämistä sosiaali- ja terveysministeriölle.

Terveydenhuoltoyksikön henkilöstön rooli päihdehoidon toteuttajana on keskeinen osa päihdetyötä. Erityisen merkittävä se on tulotilanteessa, kun vanki tulee siviilistä. Tällöin muun muassa selvitetään katkaisu- ja vieroitushoidon tarve kartoittamalla päihitteiden käyttötilanne ennen vankilaan tuloa. Terveydenhuollon toteuttama päihdehoito käsittää päihdesairauksien ja päihdepsykiatrisen hoidon sekä opioidiriippuvaisten korvaushoidon. Terveydenhuollon henkilöstö ei juuri osallistu varsinaisen vankila-aikaisen päihdekuntoutuksen toteutukseen, sillä siitä vastaa vankiloiden erityishenkilöstö, kuten päihdetyöhön palkatut ohjaajat, psykologit ja sosiaaliohjaajat.

Tartuntatautien vastustamistyö vankiloissa on tartuntatautilain (583/1986) mukaan valtion velvollisuus. Terveydenhuoltohenkilökunnan tehtäviin kuuluu huolehtia siitä, että vangit saavat tarvittavia ohjeita erityisesti veri- ja seksiteitse tarttuvilta taudeilta suojautumiseksi ja mahdollisen leviämisen ehkäisemiseksi. Tartuntatauteja torjutaan vankiloissa terveyskasvatuksella ja varmistamalla suojautumismahdollisuudet. Jokaiselle vangille jaettavassa hygieniapakkauksessa on ohjeet kondomin käytöstä sekä pistosvälineiden puhdistamisesta ja hävittämisestä, samoin kuin henkilökohtaiset desinfektio-ainekkeet.

Suomessa vankiloissa ei jaeta tai vaihdeta neuloja ruiskuhuumeiden käyttäjille. Vankilan poliklinikalta on mahdollisuus saada ruiskuhuumeiden käyttövälineiden puhdistamiseen soveltuvaa desinfiointiainetta ja kondomeja. Desinfiointiainetta tulisi olla myös saatavilla vankilan yleisissä tiloissa anonymisti. Käytännössä vangit eivät kuitenkaan käytä vankilan osastolla olevaa desinfiointipistettä käyttövälineiden puhdistusta varten, koska ajattelevat henkilökunnan seuraavan sitä (MacDonald ym. 2007; Perälä 2011).

Vankilasta vapautumiseen liittyy erityisiä riskejä, sillä pakollinen päihdeistä erossa oleminen tai aineen saatavuuden väheneminen aiheuttaa yliannostusriskiä ja kuolemia (Havio, Inkilä, Partanen 2008). Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjausten mukaan (2012) kaikille huumeongelmallisille vangeille tulee kertoa vapauttamisvaiheessa puhutaiden käyttövälineiden tärkeydestä sekä yliannostuksen riskistä.

Vangeille suositellaan A-, B- ja C-hepatiittitutkimuksia sekä tarvittaessa rokotuksia. Tartuntatautilain tilannetta seurataan huolellisesti yhdessä ulkopuolisten tahojen kanssa, ja mikäli arvioidaan riski tartunnan leviämiseksi neulojen ja ruiskujen yhteiskäytön kanssa, niin tällöin pyritään reagoimaan tilanteeseen nopeasti infektioiden leviämisen ehkäisemiseksi.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (33/2008) mukaisella opioidiriippuvaisten korvaushoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita. Opioidiriippuvaisen hoidon tarve voidaan asetuksen mukaan arvioida, aloittaa ja toteuttaa myös Rikosseuraamuslaitoksen terveydenhuoltoyksikössä. Aloituksia ja arviointoja ei ole juurikaan tehty, mutta jo siviilissä aloitettuja hoitoja on jatkettu, ja kerrallaan vankiloissa on keskimäärin 50–70 korvaushoidossa olevaa vankia. Rikosseuraamuslaitoksen päihdetyön linjauksissa (2012) mainitaan, että Rikosseuraa-

musalalle luodaan korvaushoidon tarpeen arviointi- ja hoidon aloitusprosessi, jossa määritellään muun muassa korvaushoidon aloittamisen edellytykset, hoitojen aloittamispaikka korvauslääkkeittäin sekä yhteistyö siviilihoitopaikkojen kanssa.

Jos esimerkiksi opioidiriippuvaisten korvaushoidon arviointi on kesken ennen täytäntöönpanon alkua, voidaan täytäntöönpanoon myöntää lykkäystä. Lykkäystä voi hakea myös C-hepatiitin interferonihoidon aloituksen vuoksi. Interferonihoitoa ei vankiloissa aloiteta, vaan se toteutetaan vangin omassa sairaanhoitopiirissä vasta vapautumisen jälkeen. Tämä koskee myös elinkautisvankeja ja siten vangin perustuslaissa turvattu oikeus riittäviin terveyspalveluihin jää toteutumatta (Suhonen 2010).

Vankeusrangaistuksen aikainen arviointi ja huume kuntoutus

Terveydenhuollon työntekijät arvioivat päihdeongelman vakavuutta vankilaan tulo-tilanteessa. Tulo-haastattelun tuloste sekä muita vangin terveydentilaa koskevia tietoja voidaan vangin kirjallisella suostumuksella luovuttaa muille toimintayksiköille. Arviointikeskus arvioi rangaistusajan suunnitelmaa laatiessaan vangin päihdekuntoutuksen tarpeen ja päihdeongelman vakavuuden ja ottaa ne huomioon rangaistusajan suunnitelmaa ja sijoituspäätöstä tehtäessä. Rangaistusajan suunnitelmaa laadittaessa selvitetään myös, mitä muita ongelmia vangilla on, johon vankila-aikana tulisi kiinnittää huomiota. Vankien päihdekuntoutustarve ja motivaatio selvitetään yksilökohtaisesti vankilassa motivoivan päihdehaastattelun, ohjauksen ja neuvonnan keinoin.

Päihteiden käyttöä kartoitettaessa selvitetään, onko asiakas samaa mieltä päihdeongelmaan puuttumisen tarpeellisuudesta ja haluaako hän osallistua päihdekuntoutukseen. Kartoituksen yhteydessä voidaan tarvittaessa antaa terveysneuvontaa sekä pohtia missä määrin päihdeongelma on kietoutunut muihin mielenterveys-, ihmissuhde- tai perheongelmiin. Arvioinnissa kartoitetaan myös asiakkaan voimavarat (vahvat puolet, tukimahdollisuudet), jotka auttavat selviämään päihdeongelmasta.

Vankiloiden päihdekuntoutus käsittää päihdekuntoutuksen tarpeen arvioinnin, neuvonnan päihdekuntoutuksen mahdollisuudesta, motivoinnin päihdekuntoutukseen, retkahdushoidon, intensiteetiltään eri syvyiset ryhmämuotoiset päihdekuntoutusohjelmat, yksilötyön, sijoittumismahdollisuuden ulkopuoliseen päihdehoitolaitokseen, valmentautumisen vapautteen ja verkostotyön vapauden aikaisiin palveluihin.

Vankiloiden henkilökunnan käyttämät motivointi- ja vaikuttavuusohjelmat hyväksytään aina akkreditointimenettelyssä. Ensisijaisesti pyritään suosimaan kansainvälisiä ohjelmia, joista on tutkimusnäyttöä. Ryhmämuotoisen ohjelmatoiminnan lisäksi käytetään yksilökeskusteluja niiden vankien kanssa, jotka eivät sovellu ryhmämuotoiseen toimintaan, jolloin heille tarjotaan mahdollisuus ajanvarauksella keskustella päihteiden käyttöön liittyvistä asioista. Yksilökeskustelut ovat usein myös osa monien ryhmämuotoisten päihdeohjelmien jatkohoitoa. Vankilassa kokoontuvat vertaisryhmät (NA- ja AA-ryhmät) sekä KRIS-Suomi ovat tärkeä osa päihdeettömyyden tukemisessa. Vankilajan irrallisuuden sijasta on välttämätöntä korostaa yhteyksien säilyttämistä ulospäin ja vankilan ulkopuolella olevien palvelujen saavutettavuutta myös vankilassaoloaikana.

Taulukko 24. Vankiloiden kuntoutusohjelmiin osallistuneiden määrät 2008–2012.

Vankiloiden kuntoutusohjelmiin osallistuneiden määrät	2008	2009	2010	2011	2012
Akkreditoituun uusintarikollisuuteen vaikuttavaan toimintaan osallistuneet	262	288	313	424	406
Akkreditoituun päihdekuntoutusohjelmaan osallistuneet	636	444	440	355	311
Yhteensä	898	732	753	779	717

Huumeiden käyttöön liittyy terveysuhkien ohella runsaasti sosiaalisia vaikeuksia, joiden käsittelyyn tarvitaan yhteistyötä eri toimijatahojen kanssa. Kumppanuuksien hyödyntäminen ja kehittäminen sekä verkostoituminen kuntien, kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden kanssa tulevat korostumaan entistä enemmän. Rikoksen tekijän lähipiiriin, erityisesti perheen ja lasten, hyvinvointiin on kiinnitettävä huomiota. Päihdeongelman kohtamisessa ja haittojen ehkäisyssä tarvitaan ennakkoluulotonta, neutraalia ja tuomitsematonta otetta. Rikosseuraamusalan päihdetyö edellyttää tiivistä yhteistyötä terveydenhoidon, päihdehuollon, sosiaalitoimen ja poliisin kanssa.

Tavoitteena on, että vangilla ja asiakkaalla ovat mahdollisuudet osallistua vaiheensa mukaisesti ajallisesti etenevään ja aukottomaan päihdekuntoutusprosessiin rangaistuksen täytäntöönpanon aikana. Tutkintavangit ovat usein varsin haavoittuvassa ja muutosalttiissa elämänvaiheessa ja he saattavat olla etsimässä ulospääsyä ongelmistaan sekä rikollisesta elämäntavasta.

9.4 Vankilasta vapautuvien huumeiden käyttäjien sopeuttaminen

Laitosaikaisen kuntoutuksen tulisi edetä informointi- ja motivointivaiheesta varsinaiseen päihdekuntoutukseen osallistumiseen. Vankeusprosessi etenee suljetusta olosuhteista kohti vapaampia olosuhteita. Hyvissä ajoin ennen valvottua koevapautta, ehdonalaan vapautteen päästämistä tai koko rangaistusta suorittavan päästämistä valvottuun koevapauteen on yhteistyössä vangin kanssa valmisteltava vapauttamissuunnitelma. Laitoksista oli vuonna 2012 vapautunut 1609 vankia, joista vain noin puolelle oli vapauttamissuunnitelma tehty. Verkostotyönä vapauttamissuunnitelma oli tehty vain noin kolmasosalle.

Siltana vankilan ja vapauden välillä ovat uudet seuraamusmuodot, valvottu koevapaus ja valvontarangaistus, jotka suoritetaan vapaudessa, mutta valvottuna ja päihdeettömänä. Vuonna 2012 valvottuun koevapauteen sijoitettiin 544 vankia, mikä oli yli viisinkertainen määrä vuoteen 2007 verrattuna. Kokemusten mukaan koevapaus on hyvä keino vähentää vankilasta vapautumiseen liittyviä riskitekijöitä, kuten retkahtamista päihteiden käyttöön ja siitä usein alkavaa rikoskierteen uusimista. (Mohell 2009.)

Sähköisesti valvottavaa valvontarangaistusta koskeva laki (330/2011) tuli voimaan 1.11.2011. Valvontarangaistusta suoritti 1.5.2013 yhteensä 45 vankia. Valvontarangaistukseen tuomitun on noudatettava hänelle määrättyä päiväohjelmaa ja liikkumisvapauden rajoituksia. Häneltä edellytetään myös ehdotonta päihdeettömyyttä, jota valvotaan testein. Ihanteellisessa tilanteessa seuraamuksen täytäntöönpanossa korostuu kuntoutuksellinen ja yhteiskuntaan integroiva, toimintakykyä lisäävä toiminta. (KRITS 2013)

Vankilaloissa saavutettu päihdeettömyys ei riitä turvaamaan päihdeongelman pysymistä hallinnassa vapautumisen jälkeen ilman ulkoisia tukitoimia vapaudessa. Vapautamis- ja valvontasuunnitelma tulee vankeuslain mukaan valmistella yhteistyössä vangin koti- tai asuinkunnan sekä muiden viranomaisten kanssa, jotta vankilassa aloitetut toiminnot – erityisesti päihdehuolto – voisivat jatkua katkeamatta myös vapautumisen jälkeen. Kuntien valmius ja sitoutuminen tähän työhön vaihtelee. Lainsäädäntö kuitenkin velvoittaa kunnat järjestämään sosiaali- ja terveystalvet asukkailleen. (Rikosseuraamuslaitos 2012a, KRITS 2013).

Vapautuneiden vankien yhteiskuntaan sopeuttamisessa työskentelee monia järjestötoimijoita (NGO), jotka kuntien sosiaali- ja terveyshuollon ohella ohjaavat päihdeongelmaisia päihdehuollon erityispalveluihin (mm. A-klinikat, nuorisosemat, katkaisuhoidot, kuntoutuslaitokset ja Järvenpään sosiaalisairaala) ja vertaistoimintaan (AA-, NA-, A-Kilta, KRIS) matalan kynnyksen tapaamispaikkoineen. Kaikki järjestötoimijat eivät hyväksy korvauslääkitystä. Kriminaalihuollon tukisäätiö on valtakunnallinen asian-tuntijaorganisaatio ja jälkihuollon palveluntuottaja, joka monissa hankkeissaan yhdistää rikosseuraamusalan, kuntasektorin ja järjestöjen resursseja, on tuottanut mm. huumehaittojen vähentämiseen tarkoitettua Terve-vankikurssin ohjaajakoulutukseen ja ylläpitää tukiasuntoja erityisesti valvotussa koevapaudessa oleville vangeille. (KRITS 2013)

Etelä-Suomen rikosseuraamusalueen ja Helsingin sosiaaliviraston yhteistyönä toteutetaan päihde-ongelmaisten vankien kuntouttavaa vankityötä (Kuva), joka alkaa avovankilaan siirryttäessä ja jatkuu samojen toimijoiden kanssa kuin vankeusaikanakin. Ohjelmaan valitut vangit osallistuvat kaupungin työhönkuntoutukseen ja A-klinikoiden päihdehoidon terapeuttiseen avokuntoutukseen. Kriminaalihuollon tukisäätiön ja Sillanpirtin yhteistyönä toteuttama Palveluohjausta järjestöyhteistyönä vapautuville -hanke (TUVAT) vastaa Sillanpirtin kuusipaikkaisella osastolla vankien vapautumisen asumis- ja valmennuspalveluista. Vahvasti tukien -hanke kehittää VAHVAT-kuntoutusohjelmaa vapautuville päihdeongelmallisille vangeille pääkaupunkiseudulla. Kuntoutus hankkeessa tapahtuu avomuotoisesti pienryhmässä Helsingissä. Kriminaalihuollon tukisäätiön (KRIS) Portti vapautteen -verkkopalvelu on tarkoitettu rangaistuille ja heidän läheisilleen sekä heidän kanssaan työskenteleville ammatillisille kunnissa, valtiolla ja kolmannella sektorilla. Vuonna 2012 sivustoilla oli noin 90 000 kävijää. (KRITS 2013)

10 Huumemarkkinat

Kansainvälistyminen on vaikuttanut myös huumarikollisuuteen. Suuret ja törkeät huumausainerikosjutut ovat yleisesti ammattimaisia ja vahvasti järjestäytyneiden rikollisryhmien hallussa. Kansainvälisestä kehityksestä huolimatta Suomi ei kuitenkaan ole maailman huumekaupan tärkeimpiä kohteita syrjäisen sijaintinsa ja vähälukuisen väestöpohjansa takia. Huumausainetilanteeseen vaikuttaa myös poliisin korruptoitumattomuus ja yhteiskuntajärjestelmä, joka pyrkii järjestäytyneen rikollisuuden kitkemiseen. (Perälä 2011.)

Suomessa vallitsevan huumausaineiden tarjonnan kannalta virolaisten järjestäytyneiden rikollisryhmien rooli on ollut merkittävä, 2000-luvun alkupuolella erityisesti huumausaineiden salakuljetuksessa ja maahantuonnissa ja sittemmin suomalaisten rikollisryhmien yhteistyökumppaneina ja aine-erien toimittajina suomalaisrikollisten välitettäväksi ja jaeltavaksi. Virolaisrikollisten rooli rajat ylittävässä huumausainerikollisuudessa pysyy Suomen kannalta merkittävänä, mutta suomalaisten ja muunmaalaisten rikollisten toiminta huumekaupassa on laajentunut entisestään. (KRP 2014.)

Huumausainemarkkinat näyttävät toisaalta organisoiduilta ja ammattimaisilta. Toisaalta huumemarkkinat koostuvat erilaisista ”tasoista”, joissa ylemmän tason maahantuojat ja tukkurit, keskitason välittäjät ja alemman tason myyjät toimivat eri tavoin. Tutkimuksen tulosten mukaan Helsingin huumekauppa niin ylemmästä toimijasta alempaan toimijaan asti ei aina näyttäydy kovinkaan rationaalisena toimintana. Toiminnassa kyse on enemmän päihderiippuvuudesta tai riippuvuuksista ja muista ongelmista kuin järjestelmällisyydestä. (Perälä 2011.)⁴²

Suomen huumausainemarkkinoilla esiintyy ennen kaikkea kannabistuotteita, erityisesti kotiviljeltyä marihuanaa sekä hasista, amfetamiinia, ekstaasia ja muita synteettisiä huumausaineita, korvaushoitovalmiste Subutexia sekä runsaasti huumausaineeksi luokiteltuja lääkevalmisteita, etenkin bentsodiatsepiinilääkevalmisteita. Marihuanan, kannabiskasvien ja hasiksen takavarikot ovat 2000-luvulla lisääntyneet. Tämä kertoo melko pienimuotoisen, mutta osittain myös myyntiin suunnatun viljelyn yleistymisestä. Erilaisia muuntohuumeita tavataan yhä enenevässä määrin Suomessa. Kokaiini on yleistynyt Suomessa viimeisen 10 vuoden aikana, mutta se on edelleen markkinoilla melko marginaalinen huumausaine. Heroiinia on Suomen huumausainemarkkinoilla esiintynyt edelleen hyvin vähän. Subutexin käyttö huumausaineena sen sijaan on Suomessa edelleen runsasta. (KRP 2014.)

⁴² Tutkimuksen pääasiallisena aineistona on etnografinen kenttätö sekä sen ohessa tehty havainnot ja haastattelut. Aineistona on myös viranomaishaastatteluja sekä esitutkintapöytäkirjoja törkeistä huumausainerikoksista. Tutkimuksen näkökulma on konstruktionistinen, jonka mukaan todellisuutta rakennetaan kielellisesti. Näin ollen ihmisellä on puheessaan erilaisia käsityksiä todellisuudesta.

10.1 Huumeiden saatavuus ja tarjonta

Suomessa ei ole varsinaisia avoimia huumemarkkinoita, joita tavataan joissakin Euroopan suurkaupungeissa, vaan valtaosa kannabiksen laittomien huumausaineiden myynnistä ja käytöstä tapahtuu yksityisasunnoissa (Kinnunen 2008). Kannabiksen kotikasvatus on lisääntynyt Suomessa huomattavasti, mikä näkyy myös takavarikkoluvuissa. Vuoteen 2007 verraten takavarikoitujen kannabiskasvien määrä on kolminkertaistunut, mikä johtunee kasvatuksen suosion lisääntymisestä ja siementen internethankinnan helppoudesta sekä myös siitä, että viranomaiset paljastavat kasvatusta nykyään entistä tehokkaammin. Vaikka kasvatus on pääosin pienimuotoista, siinä on yhä enemmän ammattimaisuuden piirteitä. Suomessa on paljastunut muutama asiantuntevasti toteutettu yli 500 kasvin kasvattamo. Vuonna 2013 paljastui kaksi yli 1 000 kasvin kasvattamo. Kuten muuallakin Euroopassa, rikolliset moottoripyöräjengit ovat ryhtyneet viljelemään kannabista myös Suomessa. (KRP 2014.)

Kannabiksen kotikasvatustapauksissa on Suomessa yleensä kyse pienistä omaan käyttöön tarkoitetuista, enintään 20 kasvin viljelmistä. Vuosina 2002–2003 viidessä suurimmassa käräjäoikeudessa annetuissa huumetuomioissa rikoksen kohteena oli keskimäärin 11 kasvia mediaanin ollessa kuusi kasvia. Enimmillään kasveja oli 130. (Kainulainen 2006; 2011.) Myös kannabiksen kotikasvattajien keskuudessa tehdyn tutkimuksen mukaan ylivoimainen enemmistö vastaajista kasvatti kerrallaan 1–5 kasvia. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kotimaisen tuotannon merkitys on lisääntynyt ja marihuana on ohittanut hasiksen suosituimpana kannabistuotteena. Hankintatapana itse kasvatettu tai tutun kasvattajan kautta hankittu marihuana on ohittanut markkinoilta oston. (Hakkarainen ym. 2011a.)

Useimmiten kasvattajat tilaavat siemenet (kemiallisesti käsiteltyjä siemeniä, joista kehittyy pistokkaita tuottavia emikasveja) internetin välityksellä tai saavat niitä tutuiltaan tai viljelmästään. Internetistä löytyy myös seikkaperäisiä kasvatusohjeita. Viljelyä tukee lisäksi viljelyssä tarvittavien välineiden sinänsä laillinen myynti eräissä kasvattajien suosimissa liikkeissä. Kasvatustapauksia paljastuu kaikkialla Suomessa, erityisesti suurissa kaupungeissa. Korkealaatuisesta lajikkeesta ja suotuisissa olosuhteissa kasvatetun kannabiskasvin kukinnan THC-pitoisuus voi kohota yli 10 prosentin. Katukaupassa kannabiskasvin kukka on arvokkaampaa kuin huonolaatuinen hasis. (KRP 2014.)

Erityisesti Suomen markkinoille suunnattuja verkkosivustoja, joilla kaupataan huumeiden kaltaisia aineita, ei ole havaittu. Kannabiskasvien siemeniä, lääkkeitä, muuntohuumeita ja GBL:ää tilataan kuitenkin enenevästi ulkomailta internetin kautta yleensä omaan käyttöön tarkoitettuja pieniä määriä. Etenkin GBL:ää eli lakkaa⁴³ tilataan Suomeen internetin kautta posti- ja pikarahtilähetyksinä muun muassa Hollannista, Iso-Britanniasta ja Puolasta, mutta sitä tuodaan myös Viron kautta Saksasta. Aineita kauppaavat ulkomaiset yritykset kertovat kotisivuillaan selvästi, että aine on 100-prosenttista GBL:ää, joka muuttuu elimistössä GHB:ksi eli gammaksi. Aineet lähetetään tilaajille muovipulloissa, joihin liimattujen etikettien mukaan pullojen väitetään sisältävän esi-

⁴³ Lakka eli gammabutyrolaktoni on lääkelain piirin kuuluva tuote, jota käytetään puhdistusaineena ja teollisuuskemikaalina.

merkiksi puhdistusaineita. Omaan käyttöön tarkoitettuja muuntohuume-eriä tilataan myös pääasiassa internetin välityksellä, mikä näkyy postirahdissa muuntohuumeita sisältävien postipakettien määrän huomattavana kasvuna. (KRP 2014.)

Maahantuonti ja huumemarkkinat

Huumausainerikollisuudella on vahvat kansainväliset kytkennät. 24–39 prosenttia törkeistä huumausainerikoksista Suomessa epäillyistä henkilöistä on ollut viime vuosina ulkomaalaisia. Suurimpina ryhminä ulkomaalaisten joukossa ovat olleet virolaiset ja venäläiset/vironvenäläiset epäillyt. Suomen markkinoilla ulkomaalaiset toimivat maahantuojina ja salakuljettajina, ja suomalaiset rikoksenteekijät huolehtivat yleensä huumeiden vastaanottamisesta ja jakelusta. Vuonna 2012 ulkomaalaisten osuus kaikista huumausainerikoksista epäillyistä oli noin 9 prosenttia. (KRP 2014; Tilastokeskus 2013.)

Huumeita tuodaan maateitse henkilö-, paketti- ja kuorma-autoissa. Kuriirit salakuljettavat huumeita Suomeen vaatteisiin ja matkatavaroihin kätkeytyinä sekä enenevässä määrin myös kehonsisäisesti. Lisäksi huumeita tuodaan Suomeen vesireittejä pitkin rahtilaivoissa, pika-aluksissa ja huvipursissa. Huumeita tuodaan myös ilmateitse. Turistiliikenteessä ilmateitse tuotujen suurten huumausaine-erien määrä on vähentynyt, sillä sekä henkilöiden että matkatavaroiden turvatoimet ovat tiukentuneet. Suurempia lasteja tulee maahan lentorahdin ja pikarahtiyhtiöiden kautta. Huumeet vaihtavat nykyään useimmin omistajaa maastokätköjen avulla, jolloin aine piilotetaan maastoon ja sen piilopaikasta piirretään kartta tai sen sijainti tallennetaan gps-koordinaatein. Kätköpaikkakartat ovat rikollismarkkinoiden kauppatavaraa. (KRP 2014; Perälä 2011.)

Suurin osa huumausaineista tulee Suomen markkinoille hyvin vaihtelevia reittejä etenkin etelästä ja lännestä. Poliisin mukaan pääosa Suomen markkinoilla esiintyvistä amfetamiinista on nykyään lähtöisin Länsi-Euroopasta, josta sitä salakuljetetaan muun muassa Ruotsin ja Viron kautta Suomeen. Amfetamiinien maahantuonti on nykyisin varsin suurimittaista ja suunnitelmallista. Tyypillisesti virolaiset rikolliset piilottavat amfetamiinit maastokätköihin, suomalaiset rikolliset ostavat kartan maastokätköstä ja hakevat tuotteet sen perusteella. (KRP 2014.)

Hasista tuodaan Suomeen Marokosta Espanjan, Alankomaiden tai Saksan kautta sekä edelleen joko meriteitse tai Pohjoismaiden tai Baltian maiden kautta. Myös hasiksen kehonsisäinen salakuljetus on lisääntynyt. Tullin rikostutkinnassa on todettu, että myös khatin salakuljetus on organisoitua toimintaa, jossa liikkuu suuria määriä rahaa. Suurin osa khat-takavarikoista tehtiin lentomatkustajilta, mutta myös lentopostin ja pikakuriiriyritysten käyttö on vuosittain lisääntynyt. Khatia salakuljetetaan Suomeen myös rahtiliikennettä hyväksi käyttäen lailliseen lastiin kätkeytyä mm. kylmäkuljetusrahdissa. (KRP 2014.)

Venäjällä on ollut salakuljetusreittinä merkitystä erityisesti heroiinin osalta, mutta heroiinia tuodaan Suomeen myös muita reittejä. Jo vuosien ajan heroiinia on kuitenkin Suomen huumausainemarkkinoilla esiintynyt hyvin vähän. Hoitopalvelujen saatuuden vaikeus ja Subutexin tarjonnan heikentyminen laittomilla markkinoilla voivat

nostaa heroiinin kysyntää Suomessa. Suomea voidaan myös käyttää reittinä heroiinin kansainvälisessä salakuljetuksessa Venäjän suunnasta muualle Eurooppaan. Myös huumausaineiden salakuljetuksen uhka Pohjoismaiden, myös Suomen, kautta Venäjälle on syytä ottaa huomioon, sillä EU:n koillisosan läpi salakuljetetaan huumausaineita etenkin Venäjälle, esimerkiksi kokaiinin kansainvälisessä salakuljetuksessa aktiivisten liettualaisten rikollisryhmien toimesta. Myös muuntohuumeiden mahdolliseen salakuljetukseen Suomen kautta Venäjälle on syytä kiinnittää erityistä huomiota. (KRP 2014.)

Helsingin huumemarkkinoista tehdyn tutkimuksen mukaan toiminnan kuvataan toimivan eri tasoilla. Toimijat ja toiminta on kullakin tasolla erilaista, vaikka tasot voivat sekoittautuakin. Ylimmän tason toimijat onnistuvat muita tasoja paremmin välttelemään kiinni jäämistä. Keskitasolla olevia toimijoita on jo huomattavasti enemmän kuin ylemmällä tasolla. Keskitason myyjä toimii useimmiten pienen kaveripiirinsä kanssa. Kaveripiiri koostuu muutamasta luotetusta henkilöstä. Näillä toimijoilla ei kuitenkaan ole niin paljoa statusta tai teknisiä taitoja kuin ylemmän tason toimijoilla. He käyttävät ylempää tasoa enemmän ja hallitsemattomin omia myyntituotteitaan. Huumemarkkinoiden keskitasolla toimivat katsotaan silti niin ulkomailla kuin Helsingissäkin huumemarkkinoiden tärkeimmiksi henkilöiksi koska heidän kauttaan ylempi taso saa voitot huumeista. (Perälä 2011.)

Alimmalla tasolla toimivat grammadiilerit ja käyttäjät. Erää saatetaan myydä eteenpäin gramma tai pilleri tai ”vedot” kerrallaan. Alemmalla tasolla toimivista ihmisistä kaikki käyttävät myymäänsä huumetta, myyntitoiminta on pienimuotoista ja toimijoita on huomattavasti enemmän kuin ylemmillä tasoilla. Toiminta on usein varsin raadollista. Aineiden käyttö tuo järjestelmän toimintaan epävarmuutta ja vähentää toimijoiden keskinäistä luottamusta. Näin arjesta tulee kaoottista, kun puhutut sopimukset eivät pidä käytännössä. Viranomaisten kontrollitaktiikat sen sijaan ovat tehokkaita ja tämä järjestelmä puolestaan toimii erittäin hyvin. (Perälä 2011.)

Huumelääkkeiden salakuljetus

Huumaavien lääkevalmisteiden huumeikäyttö on suomalaisten päihderiippuvaisten keskuudessa hyvin yleistä. Laittomassa katukaupassa on kysynnän mukaisesti tarjolla erityisesti rauhoittavia ja ahdistuneisuutta lieventäviä neuroosio- ja depressiolääkkeitä sekä voimakkaita särky- ja kipulääkkeitä. Huumaavien lääkevalmisteiden hankinnassa hyödynnetään etenkin lääkejakelun keskitetyn valvonnan puutetta: lääkemääräyksiä haetaan lukuisilta eri lääkäreiltä ja aineita päätyy sekä laittomille markkinoille että omaan päihdekäyttöön. Sähköisen e-Reseptin käyttöönotto ei täysin ratkaise tilannetta, mutta voi vähentää ongelmakäyttäjien ”lääkärishoppailua”. Lisäksi lääkkeitä hankitaan ulkomailla, useimmiten tilaamalla niitä verkkokauppojen kautta eri puolilta maailmaa. Yli 90 prosenttia lääkkeistä tulee postitse, eniten niitä on takavarikoitu Isosta-Britanniasta ja Kaukoidästä tulevasta postiliikenteestä. Schengen-laajentuminen on vahvistanut salakuljetuksen merkitystä huumaavien lääkevalmisteiden laittomilla markkinoilla ja salakuljetus etenkin Baltiasta on lisääntynyt. Laillisen

huumelääketurismin loppumisen myötä lääkkeiden kehonsisäinen salakuljetus on lisääntynyt Viron liikenteessä. Viroon suuntautuva huumelääketurismi on muutenkin vilkasta, Virosta tuodaan paljon bentsodiatsepiineja, useimmiten laivamatkustajien mukana. Nykyään myös Kaukoitään suuntautuva lääketurismi on yleistynyt ja huumelääkkeitä tuodaan usein lentomatkustajien mukana esimerkiksi Thaimaasta. (KRP 2014; Tulli 2014.)

Subutexin hankintareitit ovat uudistuneet Viron ja Latvian liittyttyä Schengen-alueeseen. Subutexia salakuljetetaan nykyään usein Ranskasta pohjoista reittiä Ruotsin kautta Suomeen. Ruotsissa ja Norjassa buprenorfiini on saanut aiempaa enemmän jalansijaa, ja salakuljetus näistä maista Suomeen on lisääntynyt. Tästä ovat osoituksena Suomeen matkalla olleiden suurten Subutex-erien takavarikot Ruotsissa. Pohjois-Suomen osuus Subutexin markkina-alueena on kasvanut huomattavan paljon ja Subutexista on tullut ongelma myös Suomen pohjoisosissa. Perinteiseen tapaan Subutexia salakuljetetaan suurimittaisesti myös Tallinna-Helsinki - laivaliikenteessä. Esimerkiksi Suomeen saapuneilta liettualaisilta kuriireilta on takavarikoitu Helsingin matkustajasatamien tarkastuksissa jopa tuhannen Subutex-tabletin kertaeriä. (KRP 2014.)

Huumevalmistamot

Huumausaineiden valmistusprosessissa tarvittavien lähtöaineiden kauppa rajojen yli liittyy usein lailliseen liiketoimintaan, mutta osa kemikaalien laillisesta kuljetuksesta voi päätyä huumausaineiden valmistukseen Suomen lähialueille. Suomen sijainti on lähtöainekaupan kannalta hyvin riskialtis: laittomia huumelaboratorioita on runsaslukuisesti niin Venäjällä kuin kaikissa Baltian maissakin ja kaikkien näiden maiden kanssa Suomella on kemian alan kauppaa tai lähtöaineiden kauttakuljetuksia. Suomessa ei ole tehty huomattavia lähtöainetakavarikoita. Lähtöainetakavarikoilla voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hankaloittaa huumausaineiden tuotantoa. (KRP 2014.)

10.2 Huumausainetakavarikot

Takavarikkotietojen valossa tilanne Suomen huumausainemarkkinoilla näyttää melko vakaalta. Suosituimpien tuontihuumeiden takavarikkomääriin vaikuttavat ratkaisevasti suurimittaiseen salakuljetukseen kohdistuvien lainvalvontaviranomaisten tukintaoperaatioiden tulokset. Tästä syystä muun muassa hasiksen, amfetamiinin ja ekstaasin takavarikkomäärät ovat vaihdelleet melko voimakkaasti vuosittain. Muuntohuumelöydösten, erilaisten muuntohuumeiden ja huumaavien rohdosten lukumäärä on edelleen huomattava ja muuntohuumeiden verkkotilausten yleistyminen on näkynyt etenkin Tullin työssä. Vuonna 2013 Tullissa tavattiin noin 100 erilaista muuntohuumetta, joista noin 20 oli täysin uusia aineita. Huumausainemarkkinoilla esiintyy eniten lakkaa, synteettisiä kannabinoideja, metylonia, ja metiopropamiinia ja etyylifenidaattia, joka on lääkeaineista tehty muuntohuume ja vaikuttaa psykoottisesti. (KRP 2014; Tulli 2014.)

Taulukko 25. Poliisin ja tullin vuosina 2003–2013 takavarikoiduksi kirjaamat huumausaine-erät.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008***	2009***	2010***	2011***	2012***	2013***
Hasis (kg)	423,1	467,4	430,6	282,7	360	47	440	250	860	Kannabis- tuotteet (hasis ja marihuana) yht. 714	122
Marihuana (kg)	45,3	25,8	43,4	32,9	36	56	100	80	97	Ks. edellä	285
Kannabis-kasvit (kpl)		7 840	9 460	7 510	7 600	14 000	12 500	15 000	16 400	18 150	23 000
Kannabis-kasvit (kg)*	20,4	41,7	43,3	36,2	87	41	45	31	42	66	62,5
Amfetamiini +											
Metamfetamiini ** (kg)	114,6	108,6	116,6	129	152	130 + 17	110 + 5	113 + 39	71 + 28	124 + 15	84 + 7,4
MDPV (kg)							4	9,5	2,4	5,1	5,3
Kokaiini (kg)	1,1	1,1	1,2	6,5	4	3	2,8	4,2	3,5	25,7	4,5
Khat (kg)	1 879	2 118	2 562	3 283	3 300	2 250	3 300	4 700	5 800	1 920	4 767
Herioini (kg)	1,6	0,2	52,4	0,2	0,4	0,2	2	0,4	1	0,07	0,2
Subutex (tabletteja, 2012 lähtien kaikki buprenorfiinit)	37 284	32 970	24 478	22 979	20 600	12 000	17 000	15 000	31 700	48 700	37 078
Ekstaasi (tabletteja)	35 216	23 243	52 210	39 185	83 000	34 000	15 100	27 000	17 800	23 623	121 595
LSD (lappuja, kpl)	1 461	195	452	171	2 138	3 082	620	790	1 260	1 102	3 965
Bromo dragonfly (lappuja, kpl)							1 200	7 600	1 100	2 653	649
GBL + GHB** (litraa)				24	91	150 + 9	84 + 2	37 + 5	930 + 2,5	228 + 1	265 + 0,7

* = Kappalemäärittäin ilmoitettujen kannabiskasvien lisäksi, lähinnä kasvien osia.

** = Vuoteen 2007 saakka yhteenlaskettuina, vuodesta 2008 erikseen.

***Vuositilaston laskentakriteerit poikkeavat aikaisemmista. Vuoteen 2011 saakka luvut perustuvat takavarikkopöytäkirjoista laskettuihin määriin. Vuodesta 2012 lähtien tiedot perustuvat KRP:n rikosteknisen laboratorion ja tullin tietoihin. Ainoastaan kannabiskasvien määrät on edelleen laskettu takavarikkopöytäkirjoista.

Laboratorioissa todettujen huumausaineiden vuosittainen määrä poikkeaa kaikkiaan takavarikoitujen huumausaineiden määrästä merkittävästi tavallisimpien huumausaineiden osalta, esimerkiksi amfetamiinin KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa todettu kokonaismäärä on ollut vuosittain noin 10–15 % (n. 7–15 kg) pienempi kuin takavarikkopöytäkirjoista laskettu poliisin takavarikoima ainemäärä. Harvinaisempien aineiden kohdalla erot ovat huomattavasti vähäisempiä, kokaiinin ja herioinin kohdalla hyvin pieniä.

Lähde: Keskusrikospoliisi (2014).

Vuonna 2013 takavarikoitujen kannabiskasvien lukumäärä (noin 23 000) oli jälleen suurempi kuin koskaan. (KRP 2014.)

Synteettisistä huumausaineista amfetamiinia on ollut pitkään suosituin. Tutkinta- ja tiedustelutietojen mukaan amfetamiinia salakuljetetaan Suomeen useiden kymmenien kilojen kertaerissä. Myös pienempiä muutaman kilon eriä salakuljetetaan ajoneuvojen rakenteisiin ja matkatavaroihin kätkeytyä tukkumarkkinoille. Amfetamiinin tarjonnan ajoittaisia puutteita on korvattu metamfetamiinilla. (KRP 2014)

Amfetamiinien rinnalla ja joukossa markkinoilla on esiintynyt metyleenidioksipyrovaleronia, (MDPV), jota takavarikoitiin vuonna 2013 edellisvuoden tapaan hieman yli viisi kiloa. (KRP 2014.)

Ekstaasi on ollut Suomessa jo pitkään hyvin suosittu, vaikka aineen takavarikkomäärät ovat vaihdelleet suuresti viimeisen vuosikymmenen aikana. Huhtikuussa 2013 Suomen ja Viron keskusrikospoliisit tiedottivat yhdessä tutkimastaan rikoskokonaisuudesta, jonka aikana takavarikoitiin noin 82 000 ekstaasitablettia ja parikymmentä kiloa amfetamiinia. Tutkinnanjohtajan arvion mukaan epäillyt suomalaiset ja virolaiset olivat ehtineet ennen kiinnijäämistään salakuljettaa Suomeen satoja tuhansia ekstaasitabletteja. Vuonna 2013 ekstaasitabletteja takavarikoitiin viisinkertainen määrä toissa vuoteen verrattuna eli lähes 121 600 tablettia, joka on vuodesta 1967 alkaneen huumausaineiden takavarikointitilastoinnin suurin määrä. Paljolti lukuisten ekstaasitapausten takia törkeiden huumausainerikosten määrä kasvoi esimerkiksi Helsingissä vuonna 2013 noin 70 prosenttia. (KRP 2014)

Viimeisten vuosien aikana LSD:tä on poliisin ja tullin toimesta takavarikoitu noin tuhatkunta lappua vuosittain. Vuonna 2013 LSD-lappuja takavarikoitiin jopa lähes 4 000, joka on suurin määrä kymmenen vuoden tilastointijaksolla. (KRP 2014.)

Kokaiini on parin viime vuoden aikana yleistynyt Suomen markkinoilla, mutta se on edelleen markkinoilla melko marginaalinen huumausaine. Takavarikkoon kokaiinia saatiin vuonna 2012 poikkeuksellisen paljon, noin 26 kiloa. Tästä määrästä noin 20 kiloa oli kuitenkin tarkoitettu Ruotsiin. Vuonna 2013 kokaiinia takavarikoitiin tavanomainen vuosittainen määrä, noin 4,5 kiloa. Kokaiinin käyttäjät ovat yleensä nuoria, hyvin toimeentulevia aikuisia ja kokaiinin käyttötapauksia on tullut ilmi juuri nuorten juhlimistilanteissa. Käytön kokonaismäärää on vaikea arvioida, sillä kokaiinia käytetään yleensä suljetuissa tilaisuuksissa. (KRP 2014.)

Heroiinin takavarikoitu määrä romahti Suomessa 2000-luvun alussa. Heroiinia on markkinoilla esiintynyt edelleen hyvin vähän. (KRP 2014.)

Subutexin ja muiden buprenorfiinien päihdekäyttö on Suomessa edelleen erittäin runsasta. Muidenkin huumausainelääkevalmisteiden huumeikäyttö on suomalaisten päihderiippuvaisten keskuudessa hyvin yleistä. Viime aikoina laittomassa katukaupassa tavatut yleisimmät huumausainelääkkeet ovat bentsodiatsepaaneista Diapam, Dormicum, Opamox, Rivatril, Stesolid, Tenox ja Xanor sekä buprenorfiinivalmisteista Temgesic ja Subutex. Näiden valmisteiden lisäksi myös Lyrica (pregabaliini) on hyvin suosittu päihderiippuvaisten keskuudessa. (KRP 2014)

Lakkaa eli GBL:ää (gammabutyrolaktoni) saatiin vuonna 2013 takavarikkoon noin 265 litraa (KRP 2014.)

Suomessa takavarikoidun, somalialaisperäisten käyttäjien suosiman khatin takavarikkomäärä oli vuonna 2013 huomattavasti edellisvuotta suurempi, lähes 4 770 kiloa. (KRP 2014.)

10.3 Huumausaineiden hinta ja laatu

Huumausaineiden katukaupan hintataso pysyi vuoden 2013 aikana jokseenkin ennallaan. Marihuanana hintataso pysyi edellisvuoden tasolla, gramman marihuanaa on saanut katukaupassa 15–20 eurolla. Myös hasiksen tyyppillinen vähittäishinta on pysynyt edellisvuosien tasolla, noin 10–15 euroa grammalta. Amfetamiinin tyyppillinen hinta katukaupassa on ollut Etelä-Suomessa 15–35 euroa ja muualla Suomessa paikkakunnasta riippuen 30–70 euroa. Metamfetamiinin hinta on ollut suunnilleen samalla tasolla. Laadusta ja paikkakunnasta riippuen heroiinin hinta on ollut noin 100–200 euroa grammalta ja kokaiinin hinta Etelä-Suomessa on ollut 70–150 ja muualla Suomessa 120–150 euroa, jopa tätäkin enemmän. Ekstaasitabletin vähittäishinta on ollut keskimäärin 15–20 euroa ja LSD-lapun 10–20 euroa. (KRP 2014.)

Subutex-kaupalla tehdään tällä hetkellä Suomen huumemarkkinoilla erittäin suuria voittoja. Parhaimmillaan Subutex-tabletit hankitaan Ranskasta 3,5–4 euron kappalehintaan ja Suomessa käyttäjä maksaa yhdestä tabletista pääkaupunkiseudulla 30–50 euroa ja Pohjois-Suomessa jopa 100–150 euroa. Vankiloihin salakuljetetun aineen hinta on tätäkin suurempi. Aika ajoin lainvalvontaviranomaisten tietoon on tullut, että huumausaineiden katukaupassa myydään käyttäjille väärennetyjä Subutex-tabletteja. Puolen litran lakkapullo maksaa internetin kautta tilattuna noin 60 euroa, Suomen katukaupassa noin 1–20 euroa millilitralta aineen vahvuudesta riippuen. Huumaavien lääkkeiden kappalehinta laittomilla markkinoilla on koko maassa yhdestä kolmeen euroon, joistakin bentsodiatsepiineista maksetaan jopa viisi euroa kappaleelta. (KRP 2014.) Yhden khat-annoksen koko on noin 150–250 grammaa, ja se maksaa tuoreena noin 25 euroa. (Perälä 2011.)

Huumausaineiden katutason myyntihinnat vaihtelevat Suomessa huomattavasti sen mukaan, missä niitä myydään: pääkaupunkiseudulla ja Etelä-Suomessa hinnat ovat yleensä selvästi matalampia kuin maakuntakeskuksissa. Kovien aineiden käyttäjien keskuudessa suosittu amfetamiini voi maksaa maakuntakeskuksissa hyvinkin kaksinkertaisesti sen, mitä se maksaa Helsingissä. Myös kokaiinin ja Subutexin hinnat ovat muualla maassa selvästi korkeammalla tasolla kuin Helsingin seudulla. Marihuanan hinnoissa ei näy vastaavanlaista aluekohtaista vaihtelua kuin salakuljetettujen huumeiden hinnoissa. Erityisolosuhteissa, kuten vankilaan salakuljetettuna huumausaineiden hinnat voivat olla tapauskohtaisesti hyvinkin korkeita. (KRP 2014.)

KRP:n rikosteknisessä laboratoriossa tai Tullilaboratoriossa tehtävillä laboratoriotutkimuksilla selvitetään, sisältävätkö tutkinnassa talteen otetut tai takavarikoidut näytteet huumaus-, lääke- tai dopingaineiksi luokiteltuja yhdisteitä ja valmisteita tai uusia luokittelemattomia huumaavia aineita eli muuntohuumeita. Lisäksi rikosteknisessä laboratoriossa tutkitaan huumausaineiden laitonta valmistusta. Huumausaine-

erien vertailututkimuksella pyritään selvittämään, onko kaksi (tai useampi) aine-erää valmistettu samassa laboratoriossa ja ovatko ne mahdollisesti samaa valmistuserää. Vertailututkimuksia on tehty varsinkin amfetamiinierien välillä. (KRP 2014.)

Analysoitujen huumausaine-erien keskipitoisuuksissa ei tapahtunut vuoden 2013 aikana merkittäviä muutoksia. Amfetamiinin keskipitoisuus (16 p-%) on edelleen hyvin alhainen (keskipitoisuus vuonna 2012: 15 p-%, 2011: 17 p-%, 2010 20 p-% ja 2007: 29 p-%). Jopa yli kilon maahantuontierätkin ovat olleet pitoisuuden suhteen lähellä katukauppatasoa. Sama ilmiö koskee myös metamfetamiinin pitoisuuksia. (KRP 2013.)

Liite 1.

Raportin valmistelussa ovat olleet apuna ja sen osia ovat asiantuntevasti kommentoineet useat asiantuntijat. Lämpimät kiitokset kaikille raportin tekoon osallistuneille.

Immo Parviainen	Opetus- ja kulttuuriministeriö
Helena Vorma	Sosiaali- ja terveysministeriö
Elina Kotovirta	Sosiaali- ja terveysministeriö
Leena Metsäpelto	Valtakunnansyyttäjänvirasto
Pentti Kangasniemi	Poliisihallitus
Ulla-Maija Laakkonen	Keskusrikospoliisi
Jari Leskinen	Keskusrikospoliisi
Jarmo Helin	Tulli
Pirkko Kriikku	Hjelt-instituutti
Ilkka Ojanperä	Hjelt-instituutti
Karoliina Karjalainen	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Henrikki Brummer-Korvenkontio	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Airi Partanen	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Kristiina Kuussaari	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Tuomo Varis	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Martta Forsell	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Hannele Tanhua	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Ari Virtanen	Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Katja Pihlainen	Fimea
Miina Keski-Pitälä	Tilastokeskus
Teija Strand	Ehkäisevä Päihdetyö EHYT ry

Lähteet

- Aalto M., Visapää J-P., Halme J T., Fabritius C. & Salaspuro M. (2011). Effectiveness of buprenorphine maintenance treatment as compared to a syringe exchange program among buprenorphine misusing opioid-dependent patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 4/2011.
- Ahlström, S., Metso, L., & Huhtanen, P. (2008). Missä nuorisoryhmissä päihteiden käyttö on vähentynyt. Suomen ESPAD-aineiston tuloksia 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1), 73–83.
- Aira, T. (2010). Terveystieto. Teoksessa Rimpelä, M. & Fröjd S. & Peltonen H: Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009, perusraportti. Helsinki 2010: Opetushallitus, Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf [6.8.2011]
- A-klinikkasäätiö (2011). Terveys- ja sosiaalineuvontapisteet. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/> [6.9.2012]
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H. Liitsola, K. & Salminen, M. (2008). Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapisteitoiminnan onnistumisen edellytyksenä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b15.pdf [19.9.2011]
- Danielsson, M. & Göransson, B. & Krantz, L. & Rehme, C. (2006). Kriminalvårdens insatser mot narkotika. En studie av klimatet på narkotikaavdelningarna. Norrköping: Kriminalvården, utvecklingsenheten.
- Duodecim (2012). Käypä hoito –suositus. Huumeongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi50041> [21.8.2013]
- EMCDDA (Euroopan huumeaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus) (2014). Euroopan huumeraportti. www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_213154_FI_TDAT13001FIN1.pdf [7.8.2014]
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. (2009). Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Gissler, M., Hämäläinen, P., Jääskeläinen, M., Larivaara, M., Punto, J., Rasialainen, J. & Vuori, A. (2012). Sairastavuustilastoinnin kehittäminen ja OECD:n laatuindikaattorit Suomessa. Raportti 54/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hakkarainen, P., Kainulainen, H. & Perälä, J. (2008). Measuring the Cannabis Market in Finland – A Consumption-Based Estimate. *Contemporary Drug Problems* 35 (2–3), 321–345.
- Hakkarainen, P., Perälä, J. & Metso, L. (2011a). Kukkaa pukkaa – kannabiksen kotikasvatus Suomessa (Bud, bud, bud – Home growing of cannabis in Finland). *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2), 148–168.
- Hakkarainen, P., Metso, L. & Salasuo, M. (2011b). Hamppuikäpolvi, sekakäyttö ja doping. Vuoden 2010 huumeuskyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (4), 397–411.
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi ammatillisesta koulutuksesta annetun lain, ammatillisesta aikuiskoulutuksesta annetun lain, ammattikorkeakoululain, yliopistolain sekä rikosrekisterilain 6 §:n muuttamisesta. <http://www.edilex.fi/virallistieto/he/fi20100164.pdf> [19.9.2011]
- Harrikari, T. (2010). Ehdollisesti rangaistujen nuorten valvonta - Toimijat, prosessit ja sisällöt. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 2/2010. Rikosseuraamuslaitos.
- Havio M., Inkinen, M. & Partanen, A. (2009) Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy.
- Hein, R. & Salomaa, J. (1998). Päihteiden käytön haittakustannukset Suomessa vuosina 1994–1995. Alkoholi ja huumeet. Tilastoraportti 4/1998. Helsinki: Stakes.
- Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P. Virtanen, S. & Uutela, A. (2011). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 15/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3> [1.6.2011]
- Hellman, M. (2009). Designation practices and perceptions of addiction – a diachronic analysis of Finnish press material from 1968–2006. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 26 (24) 2009, 355–372.

- Hellman, M. (2010). From myth to marginality to portrayals of an addictive society: Reporting on addictions in the Finnish press (1968-2006). *Addiction Research and Theory* 18 (2) 2010, 224–242.
- Huhtanen, P., Hokka, P. & Mäkelä, P. (2009). Juomatapatutkimus 2008: Aineistokuvaus. *Avauksia* 16/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a8b2883f-5a53-471d-97a1-0d7e6b3b8aeb> [8.7.2009]
- Huizink, A., Levälähti, E., Korhonen, T., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R.J., Kaprio, J. (2010). Tobacco and cannabis and other illicit drug use among Finnish adolescent twins: causal relationship or correlated liabilities? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2010;71(1):5–14.
- Hulkko, T., Lyytikäinen, O., Jaakola, S., Kuusi, M., Puumala, J. & Ruutu, P. (toim.) (2011). Tartuntataudit Suomessa. Raportti 17/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1d73f597-8188-4ff5-b33c-101d7e1c3e90> [19.4.2011]
- Häkkinen M, Launiainen T, Vuori E, Ojanperä I. (2012a). Benzodiazepines and alcohol are associated with cases of fatal buprenorphine poisoning. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012 Mar;68(3):301-9.
- Häkkinen M, Launiainen T, Vuori E, Ojanperä I. (2012b). Comparison of fatal poisonings by prescription opioids. *Forensic Sci Int*. 2012 Oct 10;222(1-3):327-31.
- Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Savolainen-Kopra, C., Pirhonen, J., Vuopio, J., Jalava, J., Toropainen, M., Nohynek, H., Toikkanen, S., Löflund, J.-E., Kuusi, M., Salminen, M. (toim.) (2014) Tartuntataudit Suomessa 2014. Raportti 16/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Joukamaa, M. ja työryhmä (2010). Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja 1/2010. Vammala. Rikosseuraamuslaitos. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/qclqnxmn.pdf> [20.7.2010]
- Junninen, M. (2008). Suomalaisten vankiloiden turvallisuus. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 5/2008. HEUNI No 58. Vammala.
- Jääskeläinen, M. (2012). Päihdehaittakustannuslaskennan menetelmät – Esimerkkinä vuoden 2010 päihdehaittakustannuslaskenta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2012. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90813/URN_ISBN_978-952-245-742-4.pdf?sequence=1
- Kahila, H., Saisto, T., Kivittie-Kallio, S., Haukkamaa, M. & Halmesmäki, E. (2007). A prospective study on buprenorphine use during pregnancy: effects on maternal and neonatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 185–190.
- Kahila, H., Gissler, M., Sarkola, T., Autti-Rämö, I. & Halmesmäki, E. (2010). Maternal welfare, morbidity and mortality 6-15 years after pregnancy complicated by alcohol and substance abuse: A register-based control follow-up study of 524 women. *Drug and Alcohol Dependence* 111, 215–221.
- Kainulainen, H. (2006). Seuraamuskäytäntö huumausaineen käyttörököksessä. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 219. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (toim.) (2007). Rangaistuskäytäntö törkeissä huumausaineen käyttörököksissä. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 79. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2009). Huumeiden käyttäjien rikosoikeudellinen kontrolli. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 245. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kainulainen, H. (2011). Huumausaine-, alkoholi- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2010. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 203–215.
- Kainulainen, H. (2012). Huumausaine-, alkoholi- ja dopingrikokset. Teoksessa Rikollisuustilanne 2011. Rikollisuus ja seuraamusjärjestelmä tilastojen valossa. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos, 211–223.
- Kankaanpää, S. (2013). Opioidikorvaushoito toipumisprosessin välivaiheena. Hoidosta onnistuneesti irrottautuneiden kokemuksia kuntoutumisesta. Pro Gradu. Helsingin Yliopisto. Sosiaalityö. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38549/Korvaushoito_gradu.pdf?sequence=2 [9.10.2013]
- Karjalainen K., Lintonen T., Impinen A., Lillsunde P., Ostamo A. (2010). Poly-drug findings in drug-driven driving cases during 1977–2007. *Journal of Substance Use* 15(2): 143–156.
- Karjalainen, K. (2011). Huumerattijuopumus Suomessa 1977–2007. Ilmaantuvuus, sosiaalinen tausta ja kuolleisuus. Tutkimus 48/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Kekki, T. & Partanen, A. (2008). Päihdepalvelujen seudullinen kehitys 2008. Stakesin työpapereita 38/2008. Helsinki: Stakes.
- Kekki, T. (2012). Taparikollisuuden kulttuuriset ja rakenteelliset ulottuvuudet: Huumeiden käyttäjien ja poliisin tulkinat taparikollisuudesta. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:5. Helsingin yliopisto.
- Kinnunen, A. (2008). Kriminaalipolitiikan paradoksi. Tutkimuksia huumausainerikollisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 233. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. <http://www.optula.om.fi/uploads/5x9a33ss.pdf> [1.10.2009]
- Kinnunen, J. M., Lindfors, P., Pere, L., Ollila, H., Samposalo, H., Rimpelä, A. (2013). Nuorten terveystapatutkimus 2013. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2013. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26851.pdf
- Kivivuori, J. & Linderborg, H. (2009). Lyhytaikaisvanki. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 248. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Kivivuori, J. (toim.) (2009). Nuorten syrjäytyminen ja rikollisuus. Suomessa tehdyn tutkimuksen ja sen katvealueiden kartoitusta. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimustiedonantoja 94. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.
- Klingemann, H. & Takala, J-P.(1992). Cure, Care or Control. Alcoholism Treatment in Sixteen Countries. Albany: State University Press New York.
- Korhonen, T., Huizink, A., Dick, D., Pulkkinen, L., Rose, R., & Kaprio, J. (2008). Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: A longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug and Alcohol Dependence* 97 (1-2), 33–43.
- Korhonen, T., Kujala, U., Rose, R. & Kaprio, J. (2009). Physical Activity in Adolescence as a Predictor of Alcohol and Illicit Drug use in Early Adulthood: A Longitudinal Population Based Twin Study. *Twin Res. Hum. Genet* 12 (3) 2009, 261–268.
- Kotovirta, E. (2009). Huumeriippuvuudesta toipuminen nimettömien narkomaanien toveriseurassa. Tutkimuksia 10/2009. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1b2e240e-e5d2-4c58-b879-9889407028f8> [1.10.2009]
- Kotilainen, S., Siivonen, K. & Suoninen A. (2010). Nuoret taiteen tekijöinä. Myrsky-hankkeen väliarvointia. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, verkkojulkaisuja 31. Helsinki 2010. http://www.nuorisotutkimusseura.fi/sites/default/files/verkkojulkaisut/Myrsky-raportti_verkkojulkaisuja%2031.pdf [2.10.2011]
- Kouluterveyskysely (2011). <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm> [17.9.2012]
- KRITS (2013). Hankkeet. <http://www.krit.fi/fin/hankkeet/>
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2013). Keskusrikospoliisin huumausainerikollisuutta koskevat julkaisemattomat tilannekatsaukset sekä keskusrikospoliisin antamat lisätiedot.
- KRP (Keskusrikospoliisi) (2014). Keskusrikospoliisin huumausainerikollisuutta koskevat julkaisemattomat tilannekatsaukset sekä keskusrikospoliisin antamat lisätiedot.
- Kukko, H., Halmemäki, E. (1999). Prenatal care and counseling of female drug-abusers: effects on drug abuse and perinatal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 78, 22–26.
- Kunttu, K. & Pesonen, T. (2013): Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Yliopistolaiden terveydenhuoltosäätiö. http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT_2012_verkkoon.pdf [13.8.2013]
- Kurki, L., Kurki-Suutarinen, M. & Taruvuori, K. (2010) Muurien sisällä. Sosiokulttuurinen innostaminen vankilassa. Tampere University Press.
- Kuusisto, K. & Saarnio, P. (2012). Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa. Katsaus projektin tuloksiin. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (3), 282–289.
- Kuussaari, K. (2006). Näkemysten kirjo, sirpaloitunut tieto: terveydenhuollon, sosiaalitoimen ja nuorisotoimen työntekijöiden käsityksiä huumeiden käyttäjien hoitojärjestelmästä. Helsinki: Stakes.
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2010). Administrative challenges in the Finnish alcohol and drug treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 27 (2010), 667–684.
- Kuussaari, K., Ronkainen, J-E., Partanen, A., Kaukonen, O., Vormaa, H. (2012). Kuntoutuksesta katkaisuun – Päihdetapauskasvasta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 6/2012.
- Kuussaari, K. (2013). Erillispöytäpäihdetapaustutkimuksen aineistosta.
- Kuussaari, K. & Partanen, A. (2014). Yhdistetyt päihde- ja mielenterveyspalvelut vuoden 2011 päihdetapauskasvasta. Käsikirjoitus.

- Kylmälä, J. (2000). Laitoksen yhteisöllisyys. Teoksessa Roivainen, I. (toim.): Yhteisöt hyvinvoinnin tuottajina. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lahti, P. (2011). "Ehdonalaisvalvontaan määrittyjen kokemuksia vankilan jälkeisestä arjesta. Kuka tekee rikoksetonta elämää?". Yhteisösosiaalityön erikoisala. Jyväskylän yliopisto.
- Lahti R. A., Korpi H. & Vuori E. (2009). Blood-positive illicit-drug findings: Implications for cause-of-death certification, classification and coding. *Forensic Science International* 187 (2009) 14–18.
- Laine, P. (2010). Kuka murhasi apteekkisopimuksen? *Suomen Lääkärilehti* 65 (46), 3771.
- Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) (2010). Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.) (2009). Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Opas 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Leppo A. (2012). Precarious Pregnancies: Alcohol, drugs and the regulation of risks. Publications of the Department of Social Research 2012:3. University of Helsinki.
- Linderborg H., Blomster P., Tyni S., Muiluvuori M-L. (2012). Laatuaikaa vankilassa? Tutkimus vankilaelämän laatuun vaikuttavista tekijöistä. Rikosseuraamuslaitoksen julkaisuja. http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/iz1kssrvjdj8cbo_1.pdf, [26.8.2013]
- Liisanantti, J. (2012). Acute drug poisoning: outcome and factors affecting outcome. Oulun yliopisto.
- Luopa, P., Lommi, A., Kinnunen, T. & Jokela, J. (2010). Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Raportti 20/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- MacDonald, M., Atherton, S. & Stöver, H. (2007) Harm reduction in European prisons a compilation of models of best practice. European Network on drugs and Infections Prevention in Prison. Oldenburg BIS-Verl. der Carl-von-Ossietzky-Univ.
- Mattila-Aalto, M. (2009). Kuntoutussosiaalisuuden diagnoosi. Tutkimus entisten rappiokäyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81/2009, Helsinki.
- Metso, L., Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M. & Pietilä, E. (2009). Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimuksen tulokset. Raportti 6/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1bdd2d77-b36d-499c-b8de-dd714abf80d8>
- Melberg, H. O., Hakkarainen, P., Houborg, E., Jääskeläinen, M., Skretting, A., Ramstedt, M. & Rosenqvist, P. (2011). Measuring the harm of illicit drug use for friends and family. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 28: 2, 105–121.
- Mikkonen, A., Rantala, V. & Saarijärvi, S. (2010). Nuorten huumeriippuvuus – tarvitaanko korvaushoitoa. *Suomen Lääkärilehti* 65 (37), 2943–2948.
- Mohell, U. (2009). Valvottu koevapaus. Artikkelit Internet-portaalissa Portti vapauteen.
- Moring, J., Martins A., Partanen A., Bergman V., Nordling E. & Nevalainen V. (toim.) (2011). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön. Raportti 6/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. (toim.) (2010). Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim.
- Myhrberg, P. (2007). Vangin asema ja valvonta. Rikosseuraamusalan koulutuskeskus.
- Mäkelä, K. (2009). Vård och kontroll av misbrukasmödrar. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 26, 318–328.
- Niemelä, A., Leppämäki, S., Aalto, M., Rapeli, P., Holopainen, A., Tani, P. & Lauerma, H. (2010). ADHD ja päihteet. *Suomen Lääkärilehti* 65 (13–14), 1213–1217.
- Niemelä ym. (2011). Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. *Addictive Behaviors* 36 (2011) 256–260.
- Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. (2004). Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskennat 1987–2003. *Yhteiskuntapolitiikka* 69:608–618.
- Nuorvala Y., Huhtanen, P., Ahtola, R. & Metso, L. (2008). Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauskennat 2007. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (6), 659–670.
- Obstbaum, Y., Tyni, S. & Ryyänänen, H. (2009). Hard drug use in the Nordic countries-what does it look like? Thematic meeting March 19–20 2009 in Helsinki.
- Obstbaum, Y., Lintonen, T., Aarnio, T., von Grunenwaldt, V., Vartiainen, H., Mattila, A., Hakamäki, S., Viitanen, P., Wuolijoki, T. & Joukamaa, M. (2011). Päihdehaittojen laitostenmuotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (1), 30–44.

- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2009). Monialaisen viranomaisyhteistyön ja etsivän nuorisotyön lakisääteistäminen. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 22/2009. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2009/liitteet/tr22.pdf?lang=fi> [1.10.2010]
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2010). Opiskeluvoimavarojen perustaminen, päihdetilanne ja kurinpito turvallisuutta edistävinä keinoina. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 7/2010. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/tr07.pdf?lang=fi> [1.10.2010]
- OKM (Opetus- ja kulttuuriministeriö) (2012). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2012–2015. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi> [3.10.2012]
- Ojaniemi, K., Lintonen, T., Impinen, A., Lillsunde, P. & Ostamo, A. (2009). Trends driving under the influence of drugs: A register-based study of DUID suspects during 1977–2007. *Accident Analysis and Prevention* 41 (1), 191–196.
- OKM (Opetusministeriö nyk. opetus ja kulttuuriministeriö 2007). Lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelma 2007–2011. http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittaamisohjelma/liitteet/lapsi_ja_nuorisopolitiikan_kehittaamisohjelma.pdf [4.10.2011]
- Obstbaum, Y., Tyni, S. & Ryyänen, H. (2009). Hard drug use in the Nordic countries-what does it look like? Thematic meeting March 19–20 2009 in Helsinki.
- Ollgren, J., Forsell, M., Varjonen, V., Alho, H., Brummer-Korvenkontio, H., Kainulainen, H., Karjalainen, K., Kotovirta, E., Partanen, A., Rönkä, S., Seppälä, T. & Virtanen, A. Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (5), 513–523.
- Partanen, P., Hakkarainen, P., Holmström, P., Kinnunen, A., Leinikki, P., Partanen, A., Seppälä, T., Vääkari, J. & Virtanen, A. (2004). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2002. *Yhteiskuntapolitiikka* 69 (3), 278–286.
- Partanen, A., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2007). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (5), 553–561.
- Partanen, A., Moring, J., Nordling, E., Bergman, V. (toim.) (2010). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon 2009. Avauksia 16/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>
- Partanen, A., Alho, H., Leppo, A. & Vormaa, H. (2014). Opioidiriippuvuuden lääkeellinen vieroitus- ja korvaushoito Suomessa vuonna 2011: ovatko hoidot monimuotoistumassa? *Suomen Lääkärilehti* 69 (7), 481–486.
- Perälä, J. (2011). "Miksi lehmät pitää tappaa" Etnografinen tutkimus 2000-luvun alun huume- ja alkoholinäkökulmista Helsingissä. Tutkimus 56/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perälä, R. (2010). Sosiaali- ja terveyspalvelujen uusi neuvoteltu järjestys. Esimerkki kuntien ja kristillisten järjestöjen välisestä yhteistyöstä suomalaisissa kunnissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 75 (4), 389–399.
- Perälä, R. (2012). Haittojen vähentäminen suomalaisessa huume- ja alkoholitilanteessa: Etnografinen tutkimus huume- ja alkoholinäkökulmista yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja* 2012:6. Helsingin yliopisto.
- Piispa, M., Helakorpi, S., Laitala, E., Uutela, A. & Jallinoja, P. (2008). Huume- ja alkoholinäkökulmista. Tutkimus työikäisistä suomalaisista 1996–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 5/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b05.pdf [28.8.2008]
- Piispa, M. (2010). Överit, sekolua och moniproblematik. Huumeisiin liittyvät kuolemat Suomessa 2007. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/63576/overit.pdf?sequence=1> [29.10.2010]
- Pitkänen, T. (2009). Hoito- ja rekisteritietojen käyttö päihdetutkimuksessa. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M., Koski-Jännes, A. (toim.): Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 172–194.
- Punainen Risti (2010). Festaritätö. http://www.redcross.fi/aktiivit/festarityo/fi_FI/ [29.10.2010]
- Päihdehaittakustannukset. Laskettu käyttäen viranomais- ja tutkimustietoa. THL.
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2012 (2013). Tilastoraportti 21/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Päihdehuollon huumeasiakkaat 2013 (2014). Tilastoraportti 21/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Päihdelinkki (2010). Päihdelinkin kävijäkyselyt. <http://www.paihdelinkki.fi/kavijoille/paihdelinkin-kavijakyselyt> [29.10.2010]
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet, SVT/Sosiaaliturva. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/85338d3b-c126-4914-9384-d5847d59d598> [19.9.2011]
- Pylkkänen, S., Viitanen, R., Vuohelainen, E. (toim.) (2009). Mitä on nuorisolaan ehkäisevä päihdetyö? Laadukkaan päihdekasvatuksen tukimateriaali. Humanistinen ammattikorkeakoulu sarja C. Oppimateriaaleja. http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisotyoen_kohteet_ja_rahoytus/ennaltaehkaeisevae_paeihde_ja_huumetyoe/liitteet/Mitx_on_nuorisolaan_ehkxisevx_pxihdetyx.pdf [2.10.2011]
- Rapeli P., Fabritius C., Kalska H. & Alho H. (2009). Memory function in opioid-dependent patients treated with methadone or buprenorphine along with benzodiazepine: longitudinal change in comparison to healthy individuals. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 6/2009.
- Rapeli P., Fabritius C., Kalska H. & Alho H. (2011). Cognitive functioning in opioid-dependent patients treated with buprenorphine, methadone, and other psychoactive medications: stability and correlates. *BMC Clinical Pharmacology* 13/2011.
- Reuter, P. (2006). What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures. *Addiction* 101 (3), 315–322.
- Rikosseuraamuslaitos (2012a). Päihdetyön linjaukset vuosille 2012 – 2016. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/4swa750o7kpmv.pdf> [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2012b). Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2011. http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-tilastollinenvuosikirja/6A9gogip4/Rikosseuraamuslaitoksen_tilastollinen_vuosikirja_2011_nettiin.pdf [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2013a). Rikosseuraamuslaitoksen laatu. Selvitys kyselyn tuloksista. Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 4/2013. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/4lx35p.pdf> [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2013b). Rikosseuraamuslaitoksen toimintatavio vuoteen 2025. Vankilarakenne, vankiloiden valvontatasoluokitus ja siihen liittyvä henkilöstötoimitus sekä vankiloiden toiminnot eri valvontatasoilla. Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 2/2013. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/xqga4pr8pt41ny.pdf> [26.8.2013]
- Rikosseuraamuslaitos (2013c). Rikosseuraamuslaitoksen tilastoja 2012. http://www.rikosseuraamus.fi/material/attachments/rise/julkaisut-tilastollinenvuosikirja/61CcdsBTr/Rikosseuraamuslaitoksen_tilastollinen_vuosikirja_2012.pdf [26.8.2013]
- Rimpelä, M. ym. (2008). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2. OPH, Helsinki 2008. http://www.oph.fi/download/46621_hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen_peruskouluissa2.pdf [6.8.2011]
- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. (2009a). Terveiden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Raportti 19/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rimpelä, M., Jarvala, T., Kalkkinen, P., Peltonen, H., & Rigoff, A-M. (toim.) (2009b). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukioissa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ruckenstein, M. & Teppo, A. (2005). Vankien väliset valtasuhteet ja väkivallan pelko suljetussa vankilassa. Rikosseuraamusviraston julkaisuja 1/2005. <http://www.rikosseuraamus.fi/uploads/9tydvr.pdf> [26.8.2013]
- Saarnio, P. (2009). Suomalaisen päihdetyöntekijän muotokuva. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (6) 2009, 632–643.
- Saarnio, P. (2010a). Personality Traits and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapists with and without Personal Recovery Status. *Alcoholism Treatment Quarterly* 28: 451–463, 2010.
- Saarnio, P. (2010b). Big Five Personality Traits and Interpersonal Functioning in Female and Male Substance Abuse Therapists. *Substance Use & Misuse* 45, 1463–1473.
- Saarnio, P. (2011). The Relationship Between General Therapeutic Orientation, Big Five Personality Traits, and Interpersonal Functioning in Substance Abuse Therapist: An Explorative Study. *Addictive Disorders & Their Treatment* 10(1), 2011.
- Sairaanhoitajaliitto. Tietoa ja työkaluja huumehoitoon. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattiliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2006/kaypa_hoito/tietoa_ja_tyokaluja_huumehoitoon [16.8.2013]
- Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. & Hakkarainen, P. (2009). Suomalainen huumekuolema 2007. Poikittiteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista. Raportti 43/2009. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- Selin, J. (2010). Lääketiede, huumeriippuvuus ja huumeriippuvuuden hoito Suomessa 1965–2005. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2010: 4, 250–265.
- Selin, J. (2011a). Huumeriippuvuuden hoito ja lääketieteen haaste. *Terapeuttinen järkeily ja hallinta psykososiaalisessa huumehoidossa 1965–2005*. *Sociologia* 2/2011, 117–133.
- Selin, J. (2011b). Implementation of substitution treatment in Finland: Beyond rationalization and Medicalisation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28 (1), 29–42, 2011.
- Selin, J. (2013). Mikä vaikutus? Korvaushoidon seurantatutkimukset kertovat. *Tiimi* 2/2013.
- Seppä, K., Aalto M., Alho H. & Kiianmaa, K. (toim.) (2012). *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. Duo-decim.
- Sihvola, E., Rose, R., Dick, D., Pulkkinen, L., Marttunen, M. & Kaprio, J. (2008). Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish Twins. *Addiction* 103 (12), 2045–2053.
- Simojoki, K. (2013). Improving maintenance treatment of opiate addiction: Clinical aspects. *Unigrafia* 2013. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/38320> [11.10.2013]
- Sinko, P. & Vironkannas, E. (2009). Rajallisia äitiysidentiteettejä – Huumeita käyttäneiden naisten kertomuksia lastensa huostaanotoista. *Janus* 17 (2), 104–120.
- SM (Sisäasiainministeriö) (2007). Huumausaine- ja järjestäytyneen rikollisuuden torjunnan tehostamista käsitelleen asiantuntijatyöryhmän loppuraportti. Poliisin ylijohdon julkaisusarja 6/2007. Helsinki: SM. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/\\$file/6-2007.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/7508EC0C996CF4E2C225729C0034AB62/$file/6-2007.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2009). Sisäisen turvallisuuden ohjelman toimeenpano. Väli­raportti 1/2009. Sisäasiainministeriön julkaisuja 15/2009. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/\\$file/152009.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/152009/$file/152009.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2010). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väli­raportti 1/2010. Sisäasiainministeriön julkaisuja 5/2010. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väli­raportti%20final/\\$file/12010%20väli­raportti%20final.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/12010%20väli­raportti%20final/$file/12010%20väli­raportti%20final.pdf) [7.10.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2011a). Sisäisen turvallisuuden toimeenpano. Väli­raportti 1/2011. Sisäasiainministeriön julkaisuja 10/2011. [http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/\\$file/102011.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/biblio.nsf/3EB0FABF679072EAC225785A004AD789/$file/102011.pdf) [23.3.2011]
- SM (Sisäasiainministeriö) (2011b). Päihtyneiden kiinniotamista, kuljettamista, kohtelua ja hoitoa selvittäneen työryhmän loppuraportti. <http://www.intermin.fi/julkaisu/052011>
- SM (Sisäasiainministeriö) (2012). Turvallisempi huominen - Sisäisen turvallisuuden ohjelma 2012–2015 <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2012/liitteet/OKM06.pdf?lang=fi> [3.10.2012]
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2010 (2010). SVT/Sosiaaliturva. Helsinki. Terve­yden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98e9ab75-0e2c-4151-81e0-4dd072dbfe3a> [19.9.2011]
- Stakes (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus) (2006). Ehkäisevän päihdetyön laatu­kriteerit. Työryhmämuistio 25.1.2006. Työpapereita 3/2006. Helsinki: Stakes. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/Tp3-2006-verkko.pdf> [4.9.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2002). Päihdepalvelujen laatusuosituks. Sosiaali- ja terveys­ministeriön oppaita 2002:3. Helsinki: STM. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-4607.pdf [4.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2006). Huumetestaus työelämässä. STM:n julkaisuja 2006:2. <http://pre20090115.stm.fi/is1144401025525/passthru.pdf> [1.3.2006]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008a). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämis­ohjelma. STM:n julkaisuja 2008:6. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008b). Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. STM:n julkaisuja 2008:16. http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063837 [5.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2008c). Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opoidiriippuvais­ten vieroitus-, korvaushoidosta erällä lääkkeillä. Muistio 11.1.2008 (julkaisematon).
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009a). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuun­nitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi [5.10.2011]

- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009b). Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009c). Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1389884#fi [6.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009d). Huumausainepolitiikan kertomus vuodelta 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:21. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10083.pdf [1.10.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009e). Opioidiriippuvaisten korvaushoitotilanne Suomessa. Lääninhallitusten selvitysten yhteenveto, 20.2.2009.
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2009f). Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen –työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:4. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7006.pdf [3.7.2009]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö. (2010a). Valtioneuvoston periaatepäätös Suomen toimintalinja kansainvälisessä huumausainetorjunnassa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010: 13. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-13706.pdf [7.10.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010b). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 8/2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11488.pdf [1.10.2010]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010c). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Toinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 27/2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-14403.pdf [20.9.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2010d). Lastensuojelu. http://www.stm.fi/lapset/palvelut_perheille/lastensuojelu [14.4.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011a). Huumausainepoliittisen koordinaatioryhmän hallituskauden 2007–2011 loppuraportti. STM:n raportteja ja muistioita 2011:6. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1559654 [26.4.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2011b). Päihdeongelmaisten vanhempien lasten tukipalvelujen varmistaminen. Työryhmän raportti. STM:n selvityksiä 2011:14. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-15134.pdf [10.3.2011]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012a). Valtioneuvoston periaatepäätös toimenpideohjelmas- ta huumausaineden käytön ja sen aiheuttamien haittojen vähentämiseksi 2012–2015. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1819509#fi [3.10.2012]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012b). Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä poikkihallinnollinen toimenpideohjelma. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-20715.pdf [3.10.2012]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2012c). Sosiaali- ja terveydenhuolto kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf [3.10.2012]
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö) (2013). STM:n selvitys opioidiriippuvuuden lääkkeellisestä vieroitus- ja korvaushoidossa olevista potilaista Suomessa 30.11.2011. Raporttiluonnos sosiaali- ja terveysministeriölle 3.7.2013.
- Strand, T. (2011). Ehkäisevä päihdetyö Suomessa 2011. Missä mennään, minne haluamme? Raportti 37/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suhonen, I. (2010). Vankeinhoidon rajalliset resurssit haasteena terveydenhuollolle. Oikeusasiamies 90 vuotta juhlaKirja.
- Tammi, T. (2007). Medicalising prohibition: Harm reduction in Finnish and international drug policy. Research Report 161. Helsinki: Stakes.
- Tammi, T., Pitkänen, T. & Perälä, J. (2011). Stadin nistit – huono-osaisten helsinkiläisten huumeidenkäyttäjien päihteet sekä niiden käyttötavat ja hankinta. Yhteiskuntapolitiikka 76 (1), 45–54.

- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011a). Valtakunnalliset päihde- ja mielenterveyspäivät. <http://www.tekry.fi/web/index.php?page=toiminta-paihde-paihdepaivat> [21.8.2011]
- Tekry (Terveyden edistämisen keskus) (2011b). Terveyden edistämisen keskuksen Ehkäisevän päihdetyön materiaalit -portaali. <http://ep-materiaalit.dav.fi/?i=400&p=1&l=35&s=1&v=400> [21.8.2011]
- THL (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) (2009a). Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas 5/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tilastokeskus (2008). EMCDDA Standard table 6 (2008).
- Tilastokeskus (2009). Eräiden rikosten vankilarangaistukset käräjäoikeuksissa 2006–2008. http://www.stat.fi/til/syyttr/2008/syyttr_2008_2009-12-09_tau_001_fi.html [24.6.2010]
- Tilastokeskus (2011). Laskettu Tilastokeskuksen StatFin- tai ALTIKA-tietokantojen luvuista.
- Tilastokeskus (2013). Suomen virallinen tilasto (SVT): Syytetyt, tuomitut ja rangaistukset. Helsinki: Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/syyttr/>
- Tilastokeskus (2014). Suomen virallinen tilasto (SVT): Poliisin tietoon tullut rikollisuus. Helsinki: Tilastokeskus. <http://tilastokeskus.fi/til/polrik/2013/index.html> [1.12.2014]
- Tourunen, J., Pitkänen, T., Harju-Koskelin, O., Häkkinen A. & Holopainen A. (2009). Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja Vieroitushoitopoliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (4), 421–428.
- Tourunen, J. & Pitkänen, T. (2010). Opioidiriippuvaisten korvaushoito ja syrjäytymisen ehkäisy. Teoksessa Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) *Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: Tammi, 148–168.
- Tulli (2014). Julkaisemattomat tilannekatsaukset.
- Törmä S. (2009). Matala kynnyks – pelkkä retorinen lupaus. *Janus* 17 (2) 2009, 164–169.
- Valtioneuvosto (2008). Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös 8.5.2007. [http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/\\$file/STO%20080508.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/turva/home.nsf/files/STO%20080508/$file/STO%20080508.pdf) [10.9.2008]
- Valtioneuvosto (2011a). Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://www.vn.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf> [22.6.2011]
- Valtioneuvosto (2011b). Poliitiikkaohjelmien loppuraportti. Vaalikausi 2007.2011 toteutumisen. VNK:n julkaisusarja 6/2011. <http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=325040> [29.3.2011]
- Valtion nuorisiasiain neuvottelukunta (2011). Raportti lapsi- ja nuorisopolitiikan kehittämisohjelman 2007–2011 toteutumisesta. Nuorisiasiain neuvottelukunnan julkaisuja 44, Helsinki http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Nuoriso/nuorisopolitiikka/kehittamisohjelma/liitteet/lanuke_2007-2011_arviointiraportti.pdf [20.9.2011]
- Valtiovarainministeriö (2008). Peruspalveluiden tila -raportti. Valtiovarainministeriön julkaisuja 14/2008. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M., Perälä, R. (2012). HuuMETILANNE Suomessa 2012. Raportti 75/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2002). Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2002:3. <http://www.vksv.oikeus.fi/15368.htm> [3.8.2006]
- VKS (Valtakunnansyyttäjä) (2006). Seuraamuksen määrääminen huumausaineen käyttörikoksesta. Ohje 2006:1. <http://www.vksv.oikeus.fi/Etusivu/VKSnmaarayksetjaohjeet/Huumausainerikokset/VKS20061Seuraamuksenmaaraaminenhuumausaineenkayttorikoksesta> [15.4.2007]
- VKSV (Valtakunnansyyttäjänvirasto) (2010). Julkaisematon tiedonanto 29.6.2010.
- Vorma H., Sokero P., Turtiainen S. & Katila H. (2005). Opioidikorvaushoito tehoaa. Korvaushoito Hyksin päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. *Suomen Lääkärilehti* 9/2005.
- Vorma, H., Sokero, P., Turtiainen, S. & Katila, H. (2009). Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suomen Lääkärilehti* 64 (20), 1853–1857.
- Vorma, H., Sokero, P., Aaltonen, M., Turtiainen, S., Hughes, L., Savolainen, J. (2013). Participation in opioid substitution treatment reduces the rate of criminal convictions: Evidence from a community study. *Addictive Behaviors*. Volume 38, Issue 7, July 2013, Pages 2313–2316.
- Vuori, E., Ojanperä, I., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2009). Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. *Suomen Lääkärilehti* 64 (39), 3187–3195.
- Vuori, E., Ojanperä, E., Launiainen, T., Nokua, J. & Ojansivu, R-L. (2012). Myrkytyskuolemien määrä kääntynyt laskuun. *Suomen Lääkärilehti* 67 (22), 1735–1741.

- Väyrynen, P., Saaristo, V., Wiss, K. & Rigoff, A-M. (toim.) (2009). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Väänänen, T. (2010). Huumehoidon tietojärjestelmän kattavuuden arviointi vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Väänänen, T. (2011). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 24/2011. Helsinki. http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr24_11.pdf [7.10.2011]
- YAD (Youth Against Drugs) (2011). Ks. toiminnasta <http://www.yad.fi/toiminta/>